

Année 1971

14

T H E S E

présentée pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

ASPARRE DOMINIQUE

né à VANVES, le 31 Juillet 1938

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

DÉLIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRÉNIQUES

ÉTUDE SUR CINQ ANNÉES D'HOSPITALISATION

Président ; Monsieur BOURGUIGNON, Professeur

Année 1971

T H E S E

présentée pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

ASPARRE DOMINIQUE

né à VANVES, le 31 Juillet 1938

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

DÉLIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRÉNIQUES

ÉTUDE SUR CINQ ANNÉES D'HOSPITALISATION

Année 1973

THÈSE

Présentée pour le Doctorat en Médecine

(Spécialité d'État)

Par

ABRAHAM DOMINIQUE

né à NANTES le 21 août 1938

Interne des Hôpitaux, Préparateur de la Sûreté



DELIRIUM CHRONICUM NUN SCHIZOPHRENIA
ETUDE SUR CINQ ANNEES D'HOSPITALISATION

DÉLIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRÉNIQUES

ÉTUDE SUR CINQ ANNÉES D'HOSPITALISATION

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

A MA MÈRE,

A MON FRÈRE,

A TOUS MES AMIS.

A Monsieur le Professeur BOURGUIGNON,

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.*

*Nous vous prions de trouver ici l'expression
de notre plus vive et respectueuse gratitude.*

*A Monsieur le Docteur CENAC-THALY,
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques,
Médecin-Chef à la Maison de Santé de VILLE-EVRARD.*

*Vous nous avez fait l'honneur de nous confier
ce travail, et vous nous avez encouragé dans cette voie
avec bienveillance.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre
gratitude et de notre attachement respectueux.*

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Nous nous sommes intéressés au délire et plus particulièrement aux délires chroniques non schizophréniques.

A travers l'histoire de la psychiatrie, nous avons tenté de dégager le concept du délire chronique et rappelé les problèmes nosographiques qui s'y rapportent en fonction des différentes écoles de psychiatrie.

Nous avons ensuite essayé de définir la notion de délire, selon les multiples voies d'abord utilisées par la clinique, la phénoménologie et la psychanalyse, pour étudier le phénomène délirant. Cet aspect théorique est complété par l'analyse des nombreuses conceptions sur la Paranoïa, les Psychoses hallucinatoires chroniques, et les Paraphrénies.

Nos observations concernant cinquante et une malades d'un service de femmes sectorisé sur le XVI^e arrondissement à PARIS, hospitalisées pendant une période de cinq ans (du 1er Octobre 1965 au 1er Octobre 1970).

Nous les avons situées, non seulement en fonction des critères nosographiques les plus communément admis, ceux-là même qui se reflètent dans les certificats de placement dont elles ont été parfois l'objet, mais encore en fonction de leur âge, de leur situation matrimoniale, et de leur situation sociale.

Après une étude des principaux thèmes délirants nous avons ensuite analysé certains facteurs qui nous ont paru déterminants dans l'apparition de ces délires et avons été ainsi conduits à une approche du difficile problème de l'étiologie des troubles mentaux.

CHAPITRE I

RAPPEL HISTORIQUE
SUR LES DÉLIRES CHRONIQUES

Nous verrons d'abord de quelles façons successives un certain ensemble de faits pathologiques assez homogènes qui correspondent au sens actuel de "délire chronique" a été appréhendé au long du XIXème et au début du XXème siècle, avec des vocables variés et des conceptions générales fort différentes.

LA PREMIERE MOITIE DU XIXème

PINEL avait classé les affections mentales en quatre catégories : manie, mélancolie, démence et idiotisme. La manie est une forme globale de folie où tous les aspects de l'existence du patient et de ses facultés se trouvent altérés. La mélancolie au contraire est une forme de folie partielle où seuls quelques aspects sont perturbés. Cette mélancolie est le moule d'où se détachera les formes délirantes chroniques. Pour PINEL, si le délire reste dans l'ensemble synonyme de folie, ce qui le préoccupe avant tout consiste à apprécier la généralisation ou la limitation du trouble pour en déduire deux ensembles de formes naturellement distinctes.

ESQUIROL, son élève, franchit un pas décisif en "brisant en deux" (Nodet) la Mélancolie de PINEL. Il distingue à partir de celle-ci la lypomanie ou mélancolie proprement dite, (folie partielle, limitée à un petit nombre de thèmes de caractère triste), et les monomanies caractérisées selon lui par "une lésion partielle de l'intelligence, des affections et de la volonté". Il en décrit trois variantes :

La monomanie intellectuelle : Elle constituera le noyau matriciel des psychoses paranoïaques. "Ces malades partent de préceptes faux dont ils suivent sans dévier les raisonnements logiques". Hors ce délire partiel "ils sentent et agissent

comme tout le monde". Et il ajoutait : "les hallucinations, les illusions, les associations vicieuses d'idées, de convictions fausses, erronées et bizarres sont à la base de ce délire".

La monomanie affective où les malades ne déraisonnent pas mais où leur affectivité et leur caractère sont pervertis.

La monomanie instinctive dans laquelle le sujet est entraîné à des actes irrésistibles que la raison et le sentiment ne déterminent pas, réprouvés par la conscience, mais que la volonté lésée n'a plus la force de réprimer.

On sait qu'à ces trois variétés CALMEIL ajouta complaisamment une monomanie sensorielle.

C'est à partir de la notion de monomanie que va se constituer le cadre des Délires chroniques sans évolution déméntielle, et que va se dégager un peu plus tard une conception du délire en fonction du thème prédominant. Celle-ci ne disparaîtra jamais complètement puisqu'elle se retrouve encore de nos jours dans le vocabulaire des certificats légaux.

La première moitié du XIXème siècle conçoit donc les délires comme des types de troubles où il est essentiel de savoir si l'atteinte est globale ou partielle, et dans cette seconde éventualité, quelle fonction particulière se trouve isolément perturbée. Il en résulte une schématisation des délires englobant des formes très disparâtes et une tendance inévitable à multiplier le nombre de ces espèces. Cette conception va à l'encontre des théories anciennes sur le délire, qui la concevaient jusque là comme un trouble global des facultés.

LA PERIODE D'ATOMISME CLINIQUE

Elle s'ouvre en France par une discussion mémorable de la Société médico-psychologique sur les monomanies (1853). La conception selon laquelle il y aurait une folie générale et des folies partielles se trouve dans l'ensemble combattue. Il apparaît que la folie est une, globale, générale, et le terme monomanie va tomber en désuétude.

Mais en même temps on retient quand même l'existence d'une qualification du délire en fonction de son thème. Le concept du délire tend donc à se rétrécir dans une dimension parcellaire, à sa thématique et à se définir par cette thématique on revient malgré tout à une conception Esquirolienne décrivant autant de délire que de thème.

Cette période voit naître les premières grandes descriptions, LASEGUE notamment publie son "Délire de persécution" (1852) dont J.P. FALRET étudie l'évolution en quatre phases supposées typiques. Phase des interprétations, phases des hallucinations de l'ouïe, phase des troubles de la sensibilité générale, phase du délire ambitieux.

FALRET oppose au Délire de Persécution, le "Délire des persécutés-persécuteurs". COTARD décrit le Délire des négations, FOVILLE son délire de grandeur ou mégalomanie.

Enfin, la discussion sur la Folie et le Délire de la Société médico-psychologique en 1855 apporte un point décisif sur l'histoire des délires. Le terme se trouve définitivement attribué à une forme de folie (la vesanie) que l'on oppose désormais aux délires des états aigus et fébriles, considérés originellement comme les seuls et vrais délires. Surtout se trouve constituée une opposition entre le délire-état et le délire-idée.

LE DELIRE CHRONIQUE DE MAGNAN

La réaction va se dessiner contre cette conception trop symptomatique et trop syndromique. Elle va s'appuyer sur des critères évolutifs dont certaines prémices étaient incluses dans le Délire de persécution. Quelques années plus tard MAGNAN reprend l'entité isolée par LASEGUE et FALRET, la remanie en totalité et la décrit sous le nom de "Délire chronique à évolution systématique". Pour la première fois on considère la chronicité comme un aspect décisif capable de caractériser spécifiquement un type de délire. Ce trait devenu aujourd'hui familier trouve ici son origine.

L'évolution est lente, progressive, régulière, et systématique suivant quatre phases. Phase d'inquiétude (interprétation délirante), phase de persécution (hallucinations), phase d'idées de grandeur et phase ultime de démence.

La deuxième originalité de MAGNAN, consiste à situer ce délire dans un ensemble étiologique. Pour lui les délires peuvent se voir à titre d'épiphénomène dans des lésions cérébrales connues et précises, mais aussi dans deux autres circonstances :

- chez les sujets fragiles et prédisposés qu'il nomme les dégénérés où les manifestations délirantes peuvent être aiguës : bouffées délirantes ou chroniques (Délire chronique polymorphe, encore nommé Délire systématisé des dégénérés).
- chez les sujets indemnes de toute prédisposition (Délire chronique à évolution systématique).

MAGNAN distingue donc deux espèces de délire chronique séparés à la fois par le terrain et l'allure clinique évolutive. Cette dichotomie résultant selon lui de la présence ou l'absence d'une prédisposition.

LA PERIODE DES MECANISMES

La conception de dégénérescence suscita très vite un ensemble de critiques, et l'entreprise fut livrée à la démolition. Les adversaires de MAGNAN lui reprochaient d'avoir érigé en type des formes exceptionnelles, et d'avoir considéré comme fréquente une évolution très rare. La plupart s'accordèrent pour dire qu'on ne pouvait organiser les délires chroniques qu'en s'intéressant à leurs mécanismes, c'est-à-dire aux processus psychologiques élémentaires, dont dérivait l'ensemble clinique de chaque espèce de délire. C'est de cette lutte contre MAGNAN que sont issues les formes cliniques suivantes :

- la Psychose hallucinatoire chronique ressort de quelques publications de Gilbert BALLEST. Le moteur en est l'hallucination sur fond de prédispositions héritées.
- le Délire d'interprétation de SERIEUX et CAPGRAS, où la persécution tenue à tort comme essentielle, n'est selon les auteurs qu'une apparence contingente liée au développement d'un phénomène élémentaire et décisif : l'interprétation mécanisme de base qui engendre l'ensemble de la symptomatologie.
- enfin, les Délires passionnels de G. de CLERAMBAULT représentent des délires chroniques considérés comme le développement de personnalités pathologiques, paranoïaques surtout, et répondent au fait qu'au delà d'un certain degré l'excès de traits pathologiques du caractère peut être considéré comme délirant. De plus, la "passion" y est considérée comme le processus fondamental au même titre que l'interprétation, et l'hallucination. C'est dans ce groupe que figurent le Délire de revendication, le Délire de jalousie et l'Erotomanie de CLERAMBAULT.

LE COURANT GERMANIQUE

La psychiatrie allemande de son côté, formulait autrement ses manières de décrire les malades délirants.

Pour KRAEPELIN - La délimitation et le groupement des formes morbides restent au premier plan de sa tâche. Il critiquera ses prédécesseurs, qui n'attachaient pas assez d'importance à une classification rigoureuse. La distinction en "aliénés excités, stuporeux, délirants, etc... lui paraît notoirement insuffisante, et dans l'ensemble les classifications purement symptomatiques "étaient fallacieuses et ne pouvaient aboutir à rien".

Dans de nombreux cas il y avait un mélange de symptômes, "de tableaux morbides mal définis, une succession déconcertante de syndromes cliniques les plus divers" de telle sorte qu'il était impossible de poser un pronostic.

Le point important pour KRAEPELIN est que la maladie mentale s'individualise et se définit par son évolution. Le véritable diagnostic sera celui qui permet un pronostic précis et dans une grande mesure seul celui-ci peut confirmer celui-là et donc le fonder. L'évolution reste le critère fondamental.

Faute de pouvoir utiliser les critères anatomo-cliniques comme pour l'individualisation des maladies somatiques, le critère évolutif reste une pathologie mentale le plus spécifique de l'affection, au même titre que des lésions histologiques.

La maladie mentale véritable ne se définira pas par des symptômes cliniques variables et changeants, ni par des éléments psychologiques arbitraires et relatifs, mais par son évolution qui obéit à des lois strictes et vraiment spécifi-

ques. La base réellement scientifique d'une classification mentale repose sur le mode d'évolution, et donc par l'état terminal de la maladie.

En dehors de la paralysie générale, dont l'individualité anatomo-clinique avait été clairement démontré par BAYLE deux autres maladies mentales avaient été cliniquement bien isolées avant lui. La folie à double forme de FALRET et la catatonie de KAHLBAUM dont il fera le noyau de sa démence précoce.

Ainsi tout au long des éditions successives de son Traité, se dessine une dichotomie fondamentale.

D'une part, la Psychose maniaco-dépressive, dont les rechutes successives condamne le malade à un état terminal déficitaire.

D'autre part, la Démence précoce qui englobe tous les états morbides caractérisés par une atteinte marquée de la vie affective et de la volonté, et une évolution progressive vers une désagrégation de la personnalité, prenant un aspect de plus en plus déficitaire. Elle s'extériorise dans des formes semiologiques variées, dont les principales sont :

- la forme paranoïde, l'hébéphrénie de HECKER et la catatonie de KAHLBAUM.

Au fur et à mesure de l'extension du cadre de la Démence précoce, KRAEPELIN se trouve forcé d'augmenter le nombre de ses formes cliniques, et à partir d'un moment, la question se pose de savoir si de près ou de loin, tous les délires chroniques peuvent s'y réduire. Cependant, il acceptera deux domaines irréductibles de la Démence précoce :

- le Délire paranoïaque nettement distinct du délire paranoïde qui est un vrai délire ; les premiers n'étant à tout prendre que des développements d'une personnalité pathologique préalable et de ce fait n'auraient pas pleinement la

donnée première et irréductible. Ils renvoient à autre chose (ils sont le signifié d'un signifiant). C'est à cette condition que pourra se fonder la connaissance des délires chroniques.

CONCLUSION, POUR UN REPERAGE CORRECT

Malgré les contradictions et les ambiguïtés qui ont reflété dans l'esprit de tous les auteurs classiques, les difficultés du problème de la différenciation des espèces de délire chronique, on peut faire la synthèse de l'évolution des concepts classiques en France comme en Allemagne sur le point capital.

En Allemagne, KRAEPELIN et son école ont été sensibles au mouvement général de détérioration de l'activité psychique qui incline cette masse délirante vers un état de Verblödung, de démence vésanique. De telle sorte que cette masse s'est tout naturellement divisée en fonction de ce concept, et que dans l'école psychiatrique allemande et plus généralement dans les écoles psychiatriques de la plupart des pays, la masse des délires chroniques s'est trouvée partagée en deux.

D'une part, toutes les formes déficitaires,

D'autre part, les délires qui se développent dans l'ordre et la clarté. Mais lorsque le concept de schizophrénie de BLEULER se substitua à celui de Démence précoce de KRAEPELIN comme il n'était pas aussi rigoureusement nécessaire pour qu'un délire fasse partie du groupe qu'il est une évolution démentielle, tous ou presque tous entrèrent dans le cadre de la schizophrénie aussi pour l'école allemande, et la plupart des écoles étrangères on distingue deux groupes de délire chronique d'inégale importance.

Les délires très nombreux qui entrent dans la schizophrénie et ceux plus rares qui entrent dans la Paranoïa.

Ainsi, la quasi totalité du genre s'est fixée sur l'une de ces espèces : la schizophrénie. De telle sorte que dans tous les pays du monde on a fini par être indifférent à l'hétérogénéité clinique des espèces, pour renoncer à tout le travail ancien de classification. Seul le petit secteur Paranoïa demeure comme un îlot qui résiste au déluge schizophrénique (H. EY).

En France, on est resté attaché à cette idée d'une certaine hétérogénéité du groupe et par conséquent on est demeuré enclin à séparer de la schizophrénie un certain nombre de délires chroniques dont les principales formes sont :

- Les Psychoses paranoïaques avec :
- Les Psychoses passionnelles (de revendication, de jalousie, d'érotomanie).
- Le Délire d'interprétation de SERIEUX et CAPGRAS.
- Les Délires d'imagination de DUPRE.
- La Paranoïa sensitive de KRETSCHMER.

Entre les deux trouvent place la Psychose hallucinatoire chronique de Gilbert BALLEET et les Délires d'imagination de DUPRE.

C'est cette classification, à laquelle nous avons fait référence dans l'étude des Délires chroniques non schizophréniques.

C H A P I T R E I I

GÉNÉRALITÉS SUR LA NOTION DE DÉLIRE

LE DÉLIRE

La notion de Délire est une des plus controversée parmi les notions psychiatriques.

Nous avons pu voir, au fur et à mesure que nous nous penchions sur l'aspect historique de la description des délires chroniques, la confusion certaine qui régnait dans les conceptions de quelques auteurs. C'est là le fait de la Psychiatrie, science jeune, au passé relativement récent, mais c'est aussi le reflet des difficultés où se trouve le psychiatre, bien souvent réduit à formuler des hypothèses, pour expliquer les phénomènes qu'il observe.

Un article de G. DESHAIES exprime bien cette difficulté où l'on se trouve lorsque l'on cherche à définir cette notion. Ainsi, dit-il, on risque au minimum d'être en présence de trois délires :

- "le délire du clinicien,
- "le délire du psychanalyste,
- "le délire du phénoménologue",

et il souligne avec humour qu'il espère qu'il s'agit toujours du délire du malade.

Il va insister à juste titre sur la fonction de signification du Délire, quel que soit l'aspect envisagé, et chercher à dégager une fonction globale de celui-ci, par delà les diverses théorisations.

Il distinguera ainsi :

- 1°) "une fonction expressive au sens d'excrétoire. Le Délire apparaît comme une dérivation et une dissipation énergétique. Il joue à la fois comme une soupape de sûreté

et comme une catharsis réductrice de tension, notamment dans les troubles aigus et les épisodes dits féconds des troubles chroniques...

2°) Une fonction compensatoire sur le plan affectif et sans entrer dans le labyrinthe et la dynamique des profondeurs, il y distingue trois aspects :

- le déversoir dans l'imaginaire des désirs et des peurs avoués, inavoués, inavouables,
- la transposition dans l'imaginaire des investissements ratés, irréalisés, irréalisables,
- la théâtralisation subjective de l'existence, percevant là la créativité du délire, création continue.

3°) Une fonction de fuite du réel et de soi-même dans une symbolique qui pourrait être tenue sous cet angle comme un équivalent suicidaire. Processus de néantisation, mais aussi d'anéantissement".

Reprenant les trois aspects du Délire distingués par G. DESHAIES nous avons essayé de dépeindre les trois courants d'opinion qui, loin de s'exclure, peuvent se compléter harmonieusement.

C'est pourquoi nous envisageons l'étude du Délire sur les plans :

- phénoménologique
- clinique
- psychanalytique.

A - LE DÉLIRE DU PHÉNOMENOLOGUE

C'est un article de G. LANTERI-LAURA et Y. CARRAZ, qui étudie la psychopathologie du Délire sous cet angle, qui nous a paru résumer ce point de vue :

" Nous recourons à ce vocable de Délire pour désigner le fait que l'expérience vécue d'un patient est habitée par une radicale distorsion dans ses rapports immédiats et aussi indirects, avec le réel, avec les autres et avec lui-même. Ce mot de distorsion, issu de la psychologie clinique, résume le mieux une semblable altération de l'expérience... Il ne peut y avoir de conception psychopathologique du Délire sans une certaine idée de la genèse et de l'organisation de l'aperture de l'expérience humaine au réel et à sa raison, qui présuppose la structure de ses rapports avec les autres et avec lui-même.. Cette opposition de l'acuité et de la chronicité (des délires) demeure fondamentale mais elle demande à être saisie avec plus de justesse que ne le fait la distinction du long et du court".

Ces prolégomènes sont suivis d'une étude successive des formes délirantes chroniques et des formes aiguës. Seules les premières nous ont intéressées dans ce cadre.

A propos de celles-ci, les auteurs distinguent deux pôles PARANOÏA et SCHIZOPHRENIE et des formes intermédiaires diversement dénommées.

Ils proposent une interprétation psychopathologique dont ils rappellent qu'elle ne saurait être privée de ses justifications cliniques.

" L'homme vit une expérience vécue réelle, mais il n'est un sujet singulier que parce qu'elle renvoie à un Ego à la fois imaginaire et essentiel, qu'elle ne montre jamais lui-même ; ce que je suis est imaginaire sans être gratuit, en ce sens que ce que je suis s'actualise par le style stable de mes rapports avec autrui et de ma prise sur le monde qui constitue une histoire singulière, dont l'amour et le travail restent les moyens principaux. Mais l'Ego ne coïncide jamais tout à fait avec ses rôles, et la liberté correspond à la part d'imaginaire qui demeure entre l'Ego et son rôle... L'appréhension sensorielle sert fort bien de base à l'imaginaire, et pour aboutir au perçu il faut à la fois la poursuivre elle-même... au lieu de la laisser envoyer à autre chose... et l'ordonner dans le symbolique en la spécifiant comme le signifié du langage d'autrui... Dans les Délires chroniques, quelque chose advient qui risque de faire de l'imaginaire du sujet un néant, et cette menace définit le délire dans son essence : abolition du sujet, en tant que le sujet existe comme imaginaire et s'avère ainsi fragile à son niveau le plus central... Le bilan fondamental qui permet au sujet de ne pas s'anéantir, à condition de devenir délirant, consiste à renoncer, en tout ou en partie, à l'imaginaire du sujet et à l'identifier à ses rôles ou à l'un d'entre eux.

La thématique sert à définir ce rôle et le sujet peut alors survivre, mais seulement par l'abandon en partie ou en tout de l'imaginaire propre au sujet. Alors, les rapports au réel et au temps se transforment. Le sujet délirant survit en s'identifiant au rôle que lui assigne le délire et qui est alors tout le sujet, en expulsant l'imaginaire ; mais le rôle lui-même est imaginaire, sans prise pour le réel, et le sujet ainsi réduit ne peut plus avoir avec les autres que des relations avec les rôles que la thématique leur assigne, et qui

sont imaginaires. Dans le Délire, l'apparaître du monde et des autres risques de tourner complètement à l'imaginaire, et ne l'évite qu'au prix d'un appauvrissement du sens de cet apparaître et d'une altération de son versant signifiant ou de son aspect signifié. Toutes les expériences vécues xénophatiques correspondent à un compromis au niveau du signifiant : quelque chose de transcendant apparaît encore, mais l'appréhension sensorielle, en tant que signifiant du réel, manifeste autre chose que ce réel, plutôt que de renoncer à sa fonction. Les expériences vécues interprétatives expriment un autre compromis, mais à l'étage du signifié : le sens du monde a perdu sa contingence et il ne s'est maintenu un certain sens qu'en excluant tout ce que l'expérience humaine a de fortuit, et en limitant le signifié de l'apparaître du monde et des autres à ce que lui assigne la thématique... L'élimination de l'imaginaire permet au temps du sujet de se réduire à ce que devient le Délire, c'est-à-dire à l'histoire du développement des moyens qui permettent au sujet de survivre, appauvri. Là, s'enracine la chronicité des délires. Le délirant chronique garde une temporalité humaine singulière, mais c'est celle de son délire, et s'il devient quelque chose au cours du temps, ce devenir est celui du travail du Délire.

(LANTERI-LAURA a proposé dès 1966 de nommer travail diachronique du Délire l'identification de la temporalité)... L'existence humaine du délire chronique est une structure semblable (à l'existence humaine tout court) mais dont la dimension imaginaire a été exclue pour lui assurer de ne pas disparaître".

Plus loin, les auteurs insisteront sur l'importance de la matrice pluridimensionnelle des délires faite de laquelle "les discussions sur les étiologies conservent une banalité affligeante". Ils diront aussi le rapport entre étiologie et forme de délire en fonction de la linguistique "du rapport du système des phonèmes à leurs substrats phonatoires".

Ils proposeront également de classer les délires en établissant "une correspondance bijonctive entre un sous-ensemble de l'ensemble des malades mentaux, et un sous-ensemble de l'ensemble des signifiants dont le système sert à recouvrir le champ sémantique de la maladie mentale. La matrice pluridimensionnelle sera également plurilinéaire, tenant compte non seulement des catégories psychopathologiques - éclipse du sujet, travail diachronique du Délire - mais aussi de toutes les données épidémiologique et étiologiques".

EN CONCLUSION, ils insisteront sur le fait qu'il s'agit "de structurer le champ du Délire selon un certain nombre de points de vue", mais que le point de vue psychopathologique leur semble structurer le délire "d'une façon privilégiée et significative".

* *

*

B - LE DÉLIRE DU CLINICIEN ...

Ce sont les conceptions d'H. EY qui s'est largement penché sur le problème, qui nous ont retenus sur ce plan là.

Après avoir rappelé in "Les Délires" que rien n'est plus clair mais aussi plus faux que de vouloir réduire le Délire à une idée, il va tendre à en donner une définition par élimination, en cherchant à différencier l'idée délirante de :

- L'Erreur normale
- L'Obsession
- L'Hallucination
- Les troubles généraux des fonctions psychiques.

En ce qui concerne l'Erreur normale, il fait se souvenir de la perplexité de LEURET à ce sujet. BALL et RITTI en donnaient une définition descriptive et négative, critiquée par FALRET qui insistait alors sur l'importance de la perte de conscience de son état par le malade. Il existe néanmoins des délires où la conscience est respectée, et c'est avec FOVILLE que la notion est la mieux dessinée pour l'époque, donnant ce Délire comme "le désordre des facultés mentales" et comptant "sur les notions générales possédées par tous les individus cultivés, ainsi que sur les développements contenus dans son article, pour éclairer le lecteur".

COTARD voit le Délire comme une découverte et, en cela, peu différent de l'Idée originale. WASCHIDE et VURPAS avouent leur perplexité à ce sujet, et REGIS insiste sur la difficulté à différencier le Délire de l'Erreur, ne les caractérisant l'un et l'autre que par leurs causes et leurs conséquences, et concluant sur l'importance de la structure dont le Délire n'est qu'un caractère pathologique.

L'Ecole allemande ne parvient guère mieux à reconnaître les deux aspects : KRAEPELIN rectifie peu la tautologie qu'il utilisait pour définir "l'idée délirante... représentation faussée par la maladie", en y rajoutant la notion d'impossibilité de rectification par voie naturelle.

ZICHEN nomme l'idée délirante, erreur pathologique, BLEULER insiste sur le caractère endogène de l'idéation délirante, et GRULHE, au congrès de PARIS sur ce sujet (1950), rappellera le caractère endogène et primaire du Délire (Der echte Wahn) qui ne comporte ni génèse ni motif (Ohne Anlass).

C'est FALRET que H. EY va citer longuement car cet auteur, plutôt que d'analyser les différences subtiles qui peuvent différencier Erreur et Délire, rappelle, très justement, l'importance de la base d'implantation de la fonction délirante et le recours à ce que nous nommerions aujourd'hui, l'analyse structurale.

Ce thème a été repris et approfondi par l'école phénoménologiste; JASPERS puis MAYER-GROSS, MINKOVSKI, BINSWANGER, GUIRAUD ont vu, dans le Délire, le phénomène central de la psychopathologie, né d'un bouleversement fondamental de la vie psychique qui constitue les expériences primaires, le délire primaire.

Ce thème aurait déjà été évoqué par WESTPHAL selon JASPERS, mais H. EY veut également rappeler la part, à côté de FALRET déjà évoqué, de l'Ecole française, représentée par MOREAU (de TOURS) et CLERAMBAULT (dans son concept de l'Automatisme mental) à condition de la dépouiller de ses interprétations mécanistes.

Au terme de ce parallèle établi entre Erreur et Délire, H. EY souligne enfin que ce qui fait le propre de ce dernier, c'est l'état primaire de la modification globale sous-jacente ou précédente au vécu ou à "l'idée", le "trouble global" et non le "thème".

En second lieu, en quoi le Délire diffère-t-il de l'Obsession ? Plusieurs conceptions ont été émises :

- Certaines insistaient sur le caractère discordant d'avec le Moi de l'idée obsédante reconnue comme fausse et étrangère (REGIS, JASPERS).
- D'autres soulignaient simplement l'hétérogénéité des deux choses (FALRET, MAGNAN, WESTPHAL).
- D'autres, enfin, ont rappelé le passage de l'un à l'autre (SEGLAS, RAYMOND et ARNAUD, BALLET, PITRES et REGIS, JANET).

H. EY synthétise les choses en rappelant l'analogie, voire l'unité qui existe entre idées délirantes et obsessionnelles, mais en distinguant bien les structures de même nom ; la structure obsessionnelle pure, "investissant par l'angoisse des contenus anormaux de la conscience en tant qu'elle est un monde subjectif", et la structure délirante "projetant les contenus anormaux de la conscience dans la réalité du monde objectif.

On va devoir, en troisième lieu, différencier le Délire de l'Hallucination : celle-ci a pour les classiques longtemps été considérée comme la cause de celui-là, et ils n'ont point cherché à distinguer l'un de l'autre ; FALRET, cependant, avait reconnu la plus grande fréquence de l'hallucination de l'ouïe en rappelant (de façon étrangement moderne) comme "la folie tient aux lésions de l'ouïe et de son expression par la parole".

Pour CHASLIN, l'Hallucination est l'Idée délirante devenue sensation.

COTARD voit deux facteurs nécessaires à la création de l'un et de l'autre : croyance et attention.

Pour SEGLAS, l'Hallucination est un vrai délire dans tous les sens du mot.

Avec MAGNAN, puis MASSELON, BLONDEL, QUERCY, CLAUDE, CELLIER, JANET et H. EY, les relations profondes qui unissent le délire et sa forme hallucinatoire se dessinent.

L'Ecole allemande associe encore plus les deux choses utilisant le terme de "WAHNWAHRNEHMUNG" qui englobe tout à la fois l'hallucination et son interprétation.

Le problème de l'illusion par rapport à l'hallucination, celui des délires sans hallucinations et vice-versa, ne s'en pose pas moins sans pour autant empêcher de considérer que, dans bien des cas, l'état hallucinatoire se confond nécessairement dans les psychoses chroniques avec les expériences délirantes primordiales.

Qu'en est-il, enfin, de l'idée délirante et des états de trouble général des fonctions psychiques ?

Depuis BAILLARGER l'idée a prévalu que l'on doit retenir sous le nom de délires, ou de composés d'idées délirantes, un faisceau de croyance plus ou moins systématisées, d'erreurs pathologiques, indépendantes des troubles qui coexistent ou ont pu coexister avec ces idées délirantes.

On s'est attaché à distinguer le Délire de la fuite des idées, de la fabulation, des faux souvenirs, des sentiments pathologiques.

On est allé souvent jusqu'à utiliser le terme seulement pour désigner la super-structure noétique des psychoses hallucinatoires chroniques, leur "explication" en finissant par le vider de sa substance pour préserver sa pureté.

H. EY va alors s'attacher à dépeindre ce qu'est le Délire, dans sa réalité et tel qu'il est finalement possible de le concevoir : il insiste avant tout sur la nécessité de restituer au Délire sa structure négative primordiale, pour montrer que sa structure positive (le travail psychique d'élaboration "secondaire" qu'il représente) dépend d'elle.

Rappelant qu'il était classique d'opposer "délirium" et "folie" autrefois, comme aujourd'hui on distingue les "délires secondaires" des "délires primitifs", il propose que cette conception soit révisée car, si le Délire, sous toutes ses formes, comporte un aspect positif manifeste (ou secondaire), c'est essentiellement la manifestation de la désorganisation négative de l'être conscient qui constituera sa condition primaire.

Il rappelle ensuite combien "La Dérison cerne pour ainsi dire la Raison de toutes parts", en rapports étroits avec l'Imagination et le Langage et ses jeux de signifiants ; comme l'Irrationnel (qu'il assimile à l'Inconscient) est "au milieu de nous ... et constitue le milieu où notre existence nous jette dans un monde idéo-verbal mystérieux".

Ce "numinosus" est l'atmosphère que respire l'homme mais il absorbe le Délire et l'empêche d'apparaître. Contrairement

à la fausse anthropologie qui voudrait faire de la "Nef des fous" l'arche de l'humanité entière, le Délire, s'il se dresse devant tous les hommes, n'est pas saisi par tous mais s'impose aux Délirants authentiques seulement, dans sa forme irrécusable.

On peut ainsi le définir comme "l'altération de la réalité figurée dans une expérience vécue (expérience délirante) ou contenue dans un processus idéo-affectif (idéation délirante) également irrécusable".

Cette définition implique deux grandes modalités de délire, déjà définies plus haut, que l'on peut encore moderniser en utilisant la terminologie internationale, en parlant de "Délire" et de "Whan" terme Haut-Allemand dont la racine sémantique implique le sens d'une aspiration déçue, d'un désir.

Les recherches, pour déterminer ce qui est fondamental, "primaire", dans le Délire sont ainsi commandées par la dualité de ces deux manières de délirer. Il faut par conséquent déterminer l'originalité du phénomène délirant et le facteur générateur du Délire, sa condition primordiale. La notion de délire primaire, ou de ce qu'il y a de primaire dans le Délire, flottera entre cette surface morphologique et sa causalité.

Par un parallèle historique, H. EY rappelle que les recherches des Ecoles Française et Allemande se sont différemment orientées : pour celle-là, les travaux des premiers cliniciens (FALRET et MOREAU de TOURS) ont attiré l'attention sur l'état primordial du Délire, ses analogies avec le rêve et les intoxications, le découpage atomistique de la seméiologie cherchant à baser le Délire sur les "mécanismes" générateurs (hallucinations, interprétations, imagination,

intuition) qui constituent au fond les éléments primaires du Délire ; cette conception a culminé avec la théorie de l'automatisme mental de CLERAMBAULT et sa description minutieuse de tous les phénomènes qui, par leur juxtaposition, forment la base du Délire.

L'Ecole Allemande, de son côté, s'est davantage penchée sur l'analyse d'un autre état primordial envisagé surtout à propos des délires de la Démence Précoce, puis de la Schizophrénie. Ainsi JASPERS a-t-il défini les "expériences délirantes "primaires", d'autres des processus analogues de ce "vrai Délire" (Der echte Wahn) en isolant notamment les "Wahnwahrnehmungen" (perceptions délirantes englobant hallucination et interprétation), les "Wahneinfällen" (irruption d'évidences, intuition idéique, autochtone et incoercible) comme des phénomènes fondamentaux du délire primaire (GRUHLE, Kurt SCHNEIDER).

Au total, si l'on compare ces différents écrits Français ou Allemands, on s'aperçoit que le Délire y est ramené à des phénomènes simples et réputés basaux ou générateurs du Délire, ce qui correspond en définitive à une découverte de l'artificiel plus que du fondamental.

En fait, H. EY insiste sur la nécessité de revenir à la mise à jour du phénomène négatif dont le phénomène positif du Délire est issu, et sur le fait qu'il n'est pas de délire primaire mais une modalité originale et hétérogène de délirer qui est l'effet d'un processus relativement auquel il est toujours secondaire.

Revenant aux deux grandes modalités délirantes, il définit ce qu'il y a de primaire chez elles dans le sens de leur physionomie : soit une expérience de l'imaginaire inconscient

analogue au rêve, soit une idéation qui émerge d'un travail discursif inconscient... le Délire apparaissant alors dans sa spécificité comme une production hétérogène aux phénomènes psychiques qui composent la vie relationnelle normale.

Il y a lieu de séparer, sur le plan structural, dans la recherche de la cause primaire du Délire, (celle impliquée dans la notion de délire primaire) l'Expérience délirante et le Processus idéo-délirant.

La première est caractérisée par les formes et les niveaux de la destructuration du champ de la conscience. Le second est l'effet du travail discursif de l'aliénation de la personne du fait de la désorganisation de l'être conscient, en tant que modalité d' "Etre-conscient-d'être-quelqu'un". Tous deux enfin sont secondaires à un processus primaire négatif.

Le Délire apparaît ainsi comme une "hétérogénéité à l'égard de la vie psychique normale" (ce qui n'est pas sans déplaire à de nombreux auteurs). Il peut être alors facile de le réduire à rien :

- soit, en en faisant la "chose" de phénomènes mécaniques (idées, sensations, images),
- soit, en le réduisant à n'être qu'un cas particulier et sans spécificité des relations qui unissent le Désir à son objet.

Cette seconde attitude est celle que nous développerons uniquement par la suite.

Le reproche pourrait nous en être fait, si nous nous en tenions à la conception dépeinte par H. EY dans la deuxième proposition de sa conclusion.

Nous ne perdrons pas de vue le risque qu'elle représente, et nous sous-entendrons constamment la condition sous-jacente qu'introduit H. EY et qu'avait déjà énoncée FREUD dans sa "Métapsychologie", celle-ci étant résumée par "la nécessité d'introduire entre le Désir et son Objet l'architectonie d'un système de la réalité de l'être conscient", pour ramener le Délire à ce qu'il est vraiment "une brèche dans le système de la réalité"...

* *

*

Pour son étude nous nous sommes référés à celle qu'en ont fait NACHT et RACAMIER : ces auteurs énonçaient leurs conclusions avec les mêmes réserves formulées par H. EY.

Il faut préciser que les auteurs ont, dans leur oeuvre ultérieure, approfondi l'étude de ces notions, leur otant le caractère de postulats qu'elles pouvaient affecter, et que cet écrit s'inscrit dans une oeuvre plus vaste. Au niveau de notre travail, ces conceptions psychanalytiques ne prendront également leur plein éclairage que lorsque nous aurons développé d'autres notions de cet ordre.

Quoiqu'il en soit, quelles sont-elles ?

NACHT et RACAMIER, après avoir rappelé que certains avant eux, tel FALRET, avaient déjà vu le Délire comme une solution à un conflit psychique, soulignent que ce n'est qu'avec FREUD que la chose fut définitivement affirmée.

L'existence d'un conflit au sein du Moi va représenter une menace contre laquelle une défense va s'avérer nécessaire. Ce conflit psychique responsable de l'angoisse est né du Désir, et ne peut trouver sa solution que dans l'accomplissement de ce Désir. En résumé, "le Délire est à la fois manifestation d'une peur et défense contre cette peur".

Mais cette solution du Délire a été précédée d'autres tentatives de résolution du conflit par des solutions de type névrotique dont les systèmes de défense ont échoué, se sont dissous ou ont été dépassés, acculant le sujet à des défenses plus primitives mais plus coûteuses pour son Economie. L'abandon des défenses névrotiques, le passage du conflit à sa

solution délirante, ne se fait pas "comme par un simple saut" mais au prix "d'un enchaînement complexe de phénomènes au cours desquels la structure de l'appareil psychique se trouve très profondément altéré". Ceci a pour effet la production de l'énorme Angoisse psychotique et l'appauvrissement d'un Moi déjà faible, jusque sur le plan neuro-endocrinien si l'on considère celui-ci comme l'assise du Moi.

Reprenant ensuite la chaîne qui conduit du point de saturation du conflit délirogène à la naissance du Délire constitué, NACHT et RACAMIER soulignent l'importance "des états matriciels et primordiaux du Délire". Ceux-ci sont caractérisés phénoménologiquement par une altération profonde de l'espace et du temps vécus par le malade, et psychanalytiquement par un désinvestissement massif des "choses" et surtout de "l'Objet privilégié que s'était donné le malade prédélirant ainsi que des représentations psychiques afférentes". Cet objet privilégié était également "l'Objet pilote" qui guidait jusque là la conduite. La disparition de celui-ci fait se vider le monde entier désinvesti. Les énergies pulsionnelles retournent à l'état libre par disjonction des pulsions agressives et libidinales. C'est là "la condition économique basale de l'Angoisse psychotique, laquelle atteint le degré le plus haut et le plus désintégrant de la terreur".

On note alors un effacement de la distinction entre SOI et Non-Soi, en même temps que de celle entre vrai et imaginaire, entre fantasmatique et réel objectif. Cela se produit d'autant plus que bien souvent le Sujet, en raison "des dispositions affectives de l'Objet maternel primaire au sein de la relation anaclitique, n'a jamais pu pleinement intégrer la dualité du Sujet et de l'Objet ni accéder à une relation authentiquement objectale". Le Sujet, ainsi structuré, va répondre par le phénomène de la projection psychotique ; située à un niveau très

archaïque : défense contre les pulsions inacceptées qui signe la naissance du Délire lui-même, caractérisée par l'indifférenciation de Soi et d'Autrui, du fantasmatique et de l'objectif. Cette projection a aussi pour caractère celui de l'état primordial, dont elle est tout à fait représentative. Elle a une puissance "d'authenticité subjective absolue" qu'elle confèrera aux productions délirantes, ce qui permet de comprendre le phénomène de la conviction délirante. En plus de sa fonction défensive, elle possède une fonction structurante du monde extérieur, qui prendra avec elle un "semblant de vie, de signification et de vérité". Elle réintroduit, comme une véritable découverte, le significatif dans le monde du malade, à la condition toutefois que la régression n'aille pas au-delà du niveau verbal, puisqu'elle implique une régression des objets animés au niveau du langage verbal. Le Délire ainsi produit, ressemble à l'exorcisme en tant qu'il vise à la re-crédation d'objets que le malade a craint d'avoir fantasmatiquement détruits. Le prix de l'ordre relationnel avec le monde en sera la Persécution, mais encore faut-il préciser qu'il s'agira d'un ordre relationnel aménagé, aliénant ses protagonistes puisque c'est le fait qu'aucune relation objectale n'était tolérable qui a conduit à la production du Délire. La relation sera telle que "la pulsion et la défense, le réel et l'irréel, parviennent à un composé essentiellement ambigu".

Avant de conclure en rappelant que le Moi doit désigner une activité intégratrice devant se concevoir en termes fonctionnels et non en termes spatiaux, NACHT et RACAMIER cherchent à distinguer enfin deux activités délirantes sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir. Cela les amène à reconnaître :

- des délires paranoïdes... où le délire s'enrichit, se modifie, s'étend, et se complique sans cesse, parce qu'il n'arrive pas à neutraliser l'angoisse psychotique,
- des délires paranoïaques, où les expériences primordiales angoissantes sont très soigneusement recouvertes par une organisation délirante pseudologique très serrée et presque inébranlable.

* *

*

CHAPITRE III

LES DIFFÉRENTES CONCEPTIONS
SUR LES DÉLIRES CHRONIQUES
NON SCHIZOPHRÉNIQUES

LES PSYCHOSES PARANOÏAQUES

I - RAPPEL DES PRINCIPALES CONCEPTIONS DE LA PSYCHIATRIE CLASSIQUE :

LA PARANOÏA

Nous ne ferons qu'un bref rappel de l'évolution du concept de paranoïa, ce problème étant, comme on le sait, un des plus complexes de la psychiatrie.

Nous ne pouvons que nous référer à l'ouvrage de LACAN sur "la Psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité" où sont si clairement mises en lumière les différentes conceptions psychogénétiques et organicistes des écoles françaises et allemandes.

* *

*

A - CONCEPTIONS DEVELOPPANT L'ASPECT PSYCHOGÉNIQUE

1 - Rappelons d'abord la définition qu'en donne KRAEPELIN dans son traité, définition qui a servi de référence princeps à la plupart des auteurs :

- la paranoïa y est limitée - "au développement insidieux, sous la dépendance de causes internes et selon une évolution continue, d'un système délirant durable et impossible à ébranler, et qui s'instaure dans la pensée, le vouloir et l'action".

L'apport fondamental de KRAEPELIN, est le critère de l'évolution, qui lui a permis de distinguer paranoïa, démences paranoïdes et paraphréniques.

KRAEPELIN décrit 2 types essentiels de délire paranoïaque .

- le délire de persécution,
- le délire de grandeur.

Le délire de persécution repose sur des "dispositions délirantes d'où résulte une insuffisance dans la lutte pour la vie.

Le délire se développe à partir des échecs qui ne peuvent manquer à cause de "ces armes insuffisantes à surmonter les difficultés de la vie" et de "l'opposition qui s'inscrit avec l'entourage".

La chronicité du délire s'explique par la permanence des dispositions déficientes à l'égard de la lutte vitale. La réaction du paranoïaque se distingue de celle d'autres psychopathes, par sa "résistance", "son combat passionné contre les rigueurs de la vie", où il reconnaît des influences hostiles".

Ajoutons que KRAEPELIN refute la théorie de la paranoïa, fondée sur la brusquerie du début, l'originalité (impénétrable à l'intuition commune) des expériences initiales, sur l'évolution par poussées telles que JASPERS l'a développée dans le cadre du processus. KRAEPELIN, pour expliquer les discontinuités d'évolution sur lesquelles se fonde la théorie de JASPERS se réfère au développement normalement continu de l'expérience intérieure.

2 - L'école française

Les facteurs constitutionnels ont été analysés par l'école française.

En 1909, paraît les "Folies Raisonantes" de SERIEUX et CAPGRAS, où le délire d'interprétation est magistralement décrit :

l'interprétation n'est pas morbide par son mécanisme, mais par l'orientation et la fréquence que lui impose l'idéologie à base affective, propre non seulement au délire, mais au caractère antérieur du sujet.

Le délire progresse "par accumulation", par rayonnement, par extension. Il y a utilisation de la raison, de la rationalisation, de la logique, de la démarche scientifique.

La conclusion est la suite : "le délire d'interprétation est en résumé une psychose constitutionnelle qui se développe grâce à une anomalie de la personnalité, caractérisée par l'hypertrophie, ou l'hyperesthénie du moi, par la défaillance circonscrite de l'auto-critique sous l'influence de conflits sociaux déterminés par l'inadaptabilité au milieu, cette constitution psychique anormale provoque la prédominance d'un complexe idéo-affectif, sa persistance et son rayonnement".

La constitution paranoïaque est analysée par MONTASSUT en 1925, à partir des éléments de SERIEUX et CAPGRAS.

Il y a 4 traits essentiels :

- la surestimation de soi-même,
- la méfiance,
- la fausseté du jugement,
- l'inadaptation sociale.

La psycho-rigidité est l'attitude psychique primaire de cette constitution.

Il y a d'autres traits contingents tels que : orgueil, vanité, susceptibilité, autodidactisme, idéalisme passionné, amour de la nature.

- Cette conception est développée en 1926 par GENIL-PERRIN, dont MONTASSUT était l'élève.

Il ajoute : "tous ces traits de caractère peuvent être plus ou moins patents ou dissimulés. La vanité peut être marquée par la fausse modestie ; la méfiance hostile peut se voiler sous une apparence de résignation ; la fausseté de jugement peut être rejetée dans l'ombre par de brillantes aptitudes intellectuelles, l'isolement peut rester purement moral".

Ces dernières précisions font la subjectivité de ce concept constitutionnel : par ce biais (résignation, fausse modestie), les personnalités sensibles peuvent être englobées dans la conception de la constitution paranoïaque.

- C'est précisément à ces traits constitutifs que s'oppose la conception de JANET, déjà décrite en 1898, de certains délires de persécution appelés paranoïa rudimentaire, chez des sujets qui présentent l' "obsession des scrupuleux".

Le fond mental et les accidents évolutifs y sont les mêmes que dans la psychasthénie ; on y retrouve les prédispositions constitutionnelles du psychasthénique, c'est-à-dire le sentiment de l'insuffisance de sa propre personne, le besoin

d'appui, l'abaissement de sa tension psychologique. On voit l'analogie avec les conceptions Kretschmeriennes de la paranoïa sensitive (KRETSCHMER a d'ailleurs rendu hommage à l'apport de P. JANNET).

- Les délires passionnels de G. DE CLERAMBAULT.

DE CLERAMBAULT, s'appuyant sur les études de DIDE (L'Idéalisme passionné), distingue un groupe autonome, différent de la paranoïa : celui des délires passionnels.

Ils sont au nombre de trois :

- érotomanie
- revendication
- jalousie

"Les syndromes passionnels se caractérisent par leur pathogénie, leurs composantes soit communes, soit spéciales, leur mécanismes idéatifs, leur extension polarisée, leur hyperesthésie allant quelquefois jusqu'à l'allure hypomaniaque, la mise en jeu initiale de la volonté, la notion du but, le concept directeur unique, la véhémence, les conceptions complètes d'emblée, une allure revendicative commune.

Les syndromes passionnels morbides se présentent tantôt autonomes, et puis tantôt associés à d'autres délires (intellectuels ou hallucinatoires)".

" Le passionnel a, dès le début de son délire, un but bien précis, il met en jeu sa volonté ; le délirant interprétatif vit dans un é-d'expectation, le délirant passionnel vit dans un é-d'expectation, le délirant passionnel vit dans un état d'effort. Le délirant interprétatif erre dans le mystère, inquiet, étonné et passif, raisonnant sur tout ce qu'il observe et cherchant des explications qu'il ne découvre que graduellement ; le délirant avance vers un but, avec une exigence

consciente complète d'emblée, il ne délire que dans le domaine de son délire, ses cogitations sont polarisées de même que l'est sa volonté et en raison de sa volonté. Le mode d'extension de délire sera donc spécial. Tout travail imaginatif ou interprétatif étant restreint, pour ainsi dire à l'espace qui s'étend entre l'objet et le sujet, le développement des conceptions se fera non point circulairement, mais en secteur ; si les vues vont s'élargissant avec le temps, c'est en restant dans ce même secteur dont l'angle d'ouverture ne change pas.

L'interprétatif a souvent des vues restrospectives ; le passionnel tend vers l'avenir ".

- On sait que DE CLERAMBAULT s'est essentiellement penché sur l'érotomanie : mettant en avant la notion de Postulat Générateur (qui correspond à l'idée prévalente de SERIEUX et CAPGRAS) ici l'Orgeuil Sexuel (l'objet a commencé et aime le plus), il décrit de nombreux postulats secondaires tous relatifs à l'objet et sa conduite.

"Toutes les anomalies d'idées et d'actes dans le délire, se déduisent rigoureusement du Postulat".

Bien qu'attaché aux syndromes passionnels purs, DE CLERAMBAULT a volontiers reconnu la rareté de ces derniers, et la fréquence en particulier, de l'association du délire de persécution "intellectuel" ou "hallucinatoire" aussi bien avec l'érotomanie qu'avec la jalousie.

- LAGACHE a repris en 1936, les données de DE CLERAMBAULT sur les psychoses passionnelles, en n'acceptant pas, toutefois, la coupure avec la paranoïa.

Il distingue "la passion délirante" qui est une "réaction de la personnalité" ; "l'hyperesthésie passionnelle" qui apparaît

sur terrain sthénique et asthénique, schizoïde, caractère paranoïaque et d'autre part : " le délire passionnel " qui est "un développement de la personnalité".

"Réaction ou développement, ces 2 types cliniques ont en commun leur structure paranoïaque qui implique corrélativement la continuité avec la personnalité antérieure à la psychose et l'assimilabilité à la pensée socialisée".

Nous avons là une définition intéressant de la structure paranoïaque caractérisée ici avant tout par ses critères différentiels avec la schizophrénie.

- Au cours de la discussion qui suivit cet exposé de LAGACHE à l'Evolution Psychiatrique en 1936, LACAN ajoute : "la passion pathologique est attachement à un objet de forme archaïque de développement, à une "image ensevelie", et EY : "Les psychoses passionnelles ne sont qu'une forme d'un groupe plus vaste, les psychoses paranoïaques où les troubles de la vie affective jouent un rôle non pas unique, mais prépondérant".

3 - L'étude allemande des facteurs réactionnels. Conceptions de BLEULER et de KRETSCHMER.

Deux grands auteurs allemands ont particulièrement démontré l'importance fondamentale dans la genèse des délires paranoïaques, des réactions du sujet à des situations vitales :

- . BLEULER d'une part, dont nous rappellerons la théorie de la paranoïa, et
- . KRETSCHMER d'autre part, dont la conception générale sur la paranoïa est si magistralement appliquée à propos de sa paranoïa sensitive.

a)BLEULER

critique dans sa conclusion la notion de constitution :

"La méfiance n'a rien d'un état affectif vrai (ce n'est qu'un certain état perceptif indéterminé qui peut prendre selon les cas des valeurs affectives très diverses) aussi bien ne se présente-t-elle pas dans toutes les formes de la paranoïa. Même l'hypertrophie du moi n'est pas du tout démontrée comme un symptôme qui soit de règle dans la paranoïa ; ce que l'on note comme tel, caractère égocentrique est en partie une conséquence du fait que la paranoïa comporte un complexe de représentation chargé affectivement, qui se maintient au premier plan de la psyché : ce fait est observé chez des normaux pour une raison affective quelconque, ou du fait d'un complexe, sont fixés sur certaines idées déterminées. C'est à ce complexe que vont se rattacher, de façon prévalente, les événements quotidiens aussi bien que les moins habituels. Pour autant qu'ainsi beaucoup de choses qui n'ont aucun rapport avec le malade sont mises fallacieusement en rapport avec le complexe, le délire de relation apparaît. Pour autant qu'il faille que tous les complexes chargés affectivement aient un rapport prochain au moi, le moi est poussé au premier plan, fait auquel le terme d'hypertrophie du moi n'est nullement approprié ; en outre, tout paranoïaque a des aspirations et des désirs qui sortent des limites de son pouvoir : cela non plus n'est pas à relever comme hypertrophie du moi.

L'examen plus rigoureux de l'origine du délire montre que, sous l'influence d'un état affectif chronique (de l'état affectif qui correspond au complexe nommé), des erreurs prennent naissance selon un mécanisme tout semblable à ce qu'on observe chez des gens sains quand les soulève plus ou moins une passion. L'élément pathologique consiste en ce que ces erreurs restent

impossibles à corriger et s'étendent par propagation. Ainsi les associations qui répondent à l'état affectif bénéficient de frayages excessivement puissants et durables, celles qui lui sont opposées sont entravées, il en résulte un certain affaiblissement logique, mais avant tout des relations personnelles falsifiées et des illusions de la mémoire. L'euphorique y voit ses désirs comblés dans le délire de grandeur, le sujet d'humeur normale et le dépressif qui sont dans le cas de ressentir leur insuffisance à atteindre leurs buts, y trouvent une consolation par ce détour que les mécanismes affectifs excluent de la conscience la représentation insupportable de leur propre faiblesse, et qu'ils parviennent ensuite dans le délire de persécution, à transférer les causes de leur échec dans le monde extérieur ; dans la lutte engagée contre celui-ci le malade n'a plus besoin de rabaisser son estimation de soi-même, il peut au contraire l'exalter de la façon la plus directe en prenant position de lutteur pour le droit. Le caractère envahissant, comparable au cancer et l'incurabilité du délire, sont déterminés par la persistance du conflit entre le désir et la réalité ".

BLEULER admet donc quelques prédispositions telles qu'un "état affectif chronique", une stabilité des réactions affectives ; l'essentiel réside cependant pour lui dans l'exaltation réactionnelle du moi, répondant à un sentiment d'infériorité ressenti dans une situation donnée, traumatisante.

b) *La conception Kretschmerienne*

est entièrement psychogénique.

Il existe 3 facteurs : caractère, expérience vécue, milieux, qui déterminent l'éthiologie, les symptômes et l'évolution.

- 1 - dans la détermination de la psychose paranoïaque, le caractère est connu comme un moment du développement typique et compréhensible, d'une personnalité ; l'évolution du délire n'y apporte pas de discontinuité psychologique foncière.
- 2 - L'expérience vécue est constituée par des attitudes vitales asthéniques et la projection sur le plan des valeurs éthiques du sentiment d'insuffisance concomitant. Ce procès idéo-affectif se manifeste par les phénomènes de répression et d'invasion qui forment le corps des symptômes ; ces phénomènes sont essentiellement une hypertrophie et une atypie des images idéales du moi dans la conscience ; l'évolution typique ne montre pas de phénomènes de dépersonnalisation.
- 3 - Dans les causes déterminantes, on trouve encore l'influence du milieu, traduite par la tension des relations sociales.

Le mécanisme de l'inversion joue dans le registre de cette tension sociale. Enfin, l'évolution réagit au plus haut point aux modifications de cette tension.

Dans sa dernière édition de "Paranoïa et sensibilité", KRETSCHMER dit : "Les discussions sur le caractère paranoïaque comme tel, ont, pour ainsi dire, abouti à un seul résultat reconnu par tous à savoir qu'il n'existe pas une prédisposition paranoïaque uniforme, mais que des caractères divers sont susceptibles d'acheminer l'individu vers la paranoïa".

KRETSCHMER cite la description du caractère dans la paranoïa abortive de GAUPP :

"Ce sont des gens instruits de 25 à 45 ans, affables, modestes, plutôt craintifs, manquant d'assurance. Ils sont consciencieux scrupuleux et réfléchis jusqu'à la pédanterie ; ont un penchant vers l'auto-critique, sont exempts d'auto-survalorisation et de combativité. Chez ces individus, la formation du délire est

tout à fait insidieuse, et prend sa source dans l'attitude morbide du sujet qui rapporte tout à lui-même, probablement en connexion temporelle plus ou moins étroite avec l'expérience vécue.

De nombreux symptômes psychasthéniques qui accompagnent cet état contribuent au développement dans le psychisme de la conscience de l'état morbide. La finesse éthique de ces malades, les incite à des méditations, à des reproches qu'ils adressent à eux-mêmes reflétant la crainte que leur propre comportement n'ait fourni à leurs adversaires présumés des raisons à la persécution".

KRETSCHMER rend également hommage à P. JANET qui a décrit un état psychique initial psychasthénique et des états obsessionnels, précédant l'installation des idées de persécution. JANET disait : "Les idées de persécution sont très proches des représentations obsédantes, et je suis étonné qu'on les mette si loin les unes des autres".

KRETSCHMER "essaye d'attribuer une part équitable aussi bien au rôle joué par la base caractérielle que par l'influence de l'expérience vécue".

Il cherche à mettre en évidence les relations internes et la causalité psychique, existant entre une forme particulière du caractère minutieusement délimité ; et une façon spéciale de formation et d'élaboration de l'expérience vécue (c'est-à-dire un groupe de sensations et de représentations chargé d'affects)".

KRETSCHMER distingue 4 groupes principaux de caractères psychopathiques :

- le primitif
- l'expansif
- le sensitif
- l'asthénique pur.

- 1 -Le groupe à réactions primitives est grosso-modo celui des hystériques.
- 2 -KRETSCHMER décrit ensuite des cas de transition entre les groupes à réactions primitives et les groupes à réactions expansives chroniques : ces cas nous intéressent particulièrement parce que KRETSCHMER considère "qu'ils forment une source particulièrement importante de certaines formes de délire, par exemple dans les délires de persécution ou de jalousie". : "Nous ne parlerons que d'un tableau clinique bien connu, d'un certain type féminin d'intrigantes raffinées, qui représente ce groupe de transition. On entache la précision de cette notion lorsqu'on définit ces sujets comme "hystériques". Ce sont des femmes nerveuses, sciemment égoïstes, et d'une énergie qui ne tient compte de rien ; les expériences traumatisantes ne sont qu'à moitié refoulées par elles dans leur subconscient.

Celles par contre qui sont avides de vengeance, projettent consciemment leurs sentiments, les déchargent pendant des années dans des intrigues malveillantes qui, par leur inutilité constante, appartiennent déjà au domaine morbide. Nous avons ici, à côté d'une déviation incomplète (formes de réactions du groupe hystérique) cette rétention extrêmement passionnée, consciente de son but, qui caractérise précisément l'évolution expansive. On trouve parmi ces caractères, et parmi un grand nombre d'autres qui leur sont apparents, des sujets qui unissent la ténacité de l'affect expansif à une élaboration superficielle pseudologique et déloyale de l'expérience, propre au groupe hystérique primitif".

Le groupe expansif "dévoué dans la vie professionnelle, au coeur sensible, mais brusque dans son comportement, capable dans l'amour et dans la haine des affects les plus violents, il y a une force nerveuse excessive et longuement persistante. Il est à l'origine de névroses de combat, tension durable, grave et

sthénique des affects ; ou de psychoses de combat, s'il y a délire, qui peuvent comporter des délires de préjudice ou de grandeur".

La composante sthénique est prédominante.

- 3 - Le type de caractère "sensitif" : ici il y a balancement entre les composantes sthéniques et asthéniques avec une pré-dominance de la dernière.

"Lorsque le psychisme subtil du sensitif entre en conflit avec certaines expériences, il ne peut comme le fait l'asthénique pur, s'y soumettre avec une passivité douloureuse et pénible. Il sera plutôt entraîné vers des luttes intérieures, sous l'emprise d'un sentiment délicat de culpabilité et des aspirations éthiques propres à son caractère. Mais ses forces limitées ne lui permettent pas de faire face à ces luttes limitées ne lui permettent pas de faire face à ces luttes intérieures. Les représentants accomplis de ce groupe sont des personnages à caractère doux, sensible, à psychisme très nuancé, des individus qui intériorisent leur vie affective, celle-ci étant fermement imprégnée de sentiments éthiques altruistes. Ils dissimulent longuement leurs tensions affectives, ils n'assimilent pas les expériences importantes et ne sont pas en état de les extérioriser librement. Ils possèdent une grande valeur intérieure, mais dans leurs conduites extérieures, ils manquent, pour la plupart, de sécurité et montrent une certaine gêne".

- 4 - Le caractère asthénique pur : ce sont "des natures d'une mollesse extrême, de volonté faible, qui souffrent de la vie et n'ont aucune résistance ; cliniquement ils présentent des dépressions réactionnelles".

L'expérience d'un "amour malheureux" est vécue sous une forme subjective fondamentalement différente par les diverses personnalités psychopathiques.

Un amour malheureux est pour une jeune fille primitive un fort déplaisir d'une courte durée ; pour une jeune fille asthénique une lassitude longue et douloureuse ; pour l'intrigante, il est mêlé de dépit, et pour une querulante, une injustice révoltante.

Pour une personnalité sensitive, c'est un échec humiliant : l'affect ne peut être extériorisé ; l'élaboration de l'expérience intérieure suit les voies de la névrose obsessionnelle ce n'est qu'au paroxysme de la tension affective que se produit l'inversion du contenu représentatif primaire, pour devenir une expérience secondaire symbolique et imagée.

L'expérience primaire de l'insuffisance humiliante, de l'infériorité pénible, de la perte de l'estime de soi, se reflète dans un symbole imagé, dans une sensation concrète et pénible d'être observée, raillée et méprisée par les gens qu'elle rencontre".

Le délire sensitif des vieilles filles représente ainsi : "l'hypertension de la conscience de soi chez des êtres placés dans une situation humiliante. Le caractère, le milieu et l'expérience vécue, voilà la triade qui, en se renforçant mutuellement, déclenche ici le délire de relation sensitif".

Au total et en opposition avec les thèses constitutionnalistes, BLEULER et KRETSCHMER, qui se placent tous deux dans la ligne de KRAEPELIN, montrent ainsi l'extrême variété des caractères psychopathiques précédant l'installation des psychoses paranoïaques.

* *

*

B - DANS LE CADRE DES CONCEPTIONS ORGANICISTES DE LA PSYCHOSE
PARANOÏAQUE :

Nous ne ferons que rappeler les principales d'entre-elles : certains auteurs notant la fréquence d'une certaine hypomanie chez les paranoïaques, ont tenté d'englober cette conception dans la psychose maniaco-dépressive ; d'autres ont tenté de ranger la paranoïa dans le cadre schizophrénique ; soit en assimilant cette dernière à une schizophrénie avortée, soit en considérant que l'une et l'autre sont de simples degrés différents d'une maladie de même nature.

Ce problème reste entier, on sait que les anglo-saxons ont tendance actuellement à unifier l'ensemble des délires sous le terme de schizophrénie (H. EY développe ce problème dans l'Introduction aux Délires Chroniques de l'Encyclopédie Médico-chirurgicale).

On sait aussi qu'il existe des psychoses paranoïaques typiques, évoluant vers une dissociation mentale manifeste. BLEULER, dont l'autorité en matière de schizophrénie ne peut prêter à contestation, dit à ce sujet : "La disposition au délire paranoïaque n'est pas sans corrélation avec la schizophrénie et la schizoïdie". "Certaines formes peu fréquentes de délire dans les schizophrénies légères et fixées ne peuvent être actuellement différenciées des paranoïas. Par ailleurs, nous avons des raisons d'admettre que dans la schizophrénie, existe toujours un processus anatomique, mais non dans les paranoïas".

L'influence des intoxications a été abondamment étudiée ; l'alcool étant, comme on l'a vu, un facteur fréquent de jalousie paranoïaque, c'est à ce sujet que fut analysée l'existence des états initiaux, tels les états oniroïdes.

On sait l'importance des troubles endocriniens dans certains types de psychoses, et en particulier dans la jalousie morbide :

- Une observation de G. COLLIER et B. DEFER, parue dans les Annales Médico-psychologiques de 1957, décrit chez une femme de 34 ans, à l'enfance malheureuse (mésentente des parents), "des idées de jalousie immotivées survenant très régulièrement une semaine avant l'apparition des règles, et disparaissant à peu près totalement dès que celles-ci étaient terminées. La malade présente dans ces périodes une conviction délirante (concernant l'inconduite du mari), absolue et irréductible, avec reproches incessants et acerbes, concernant nommément certaines personnes. Mais l'anxiété et l'agressivité semblent essentiellement alimentées par la crainte que le mari n'abandonne le foyer et que ne se trouve ainsi réalisée à nouveau la misère de son enfance. Dès que les règles sont terminées, la malade critique ses idées délirantes, exprime des regrets et son caractère redevient normal".

Les auteurs ont effectué un bilan hormonal qui a montré une insuffisance d'imprégnation oestrogénique. ils ont entrepris un traitement à base de benzogynostyl-retard et progestérone, associé au frénantol (Atarax) et ont constaté une grande amélioration après 2 mois de traitement. Mais pour Mr. Paul ABELY, ce succès est dû au frénantol, car il considère que les jalousies dysendocriniennes de la femme jeune sont en rapport avec une hyperthyroïdie.

FREUD pensait et l'a écrit à plusieurs reprises, que l'hormologie serait un jour l'auxiliaire indispensable de la psychanalyse et de la psychologie sexuelle.

Nous ne pouvons développer les conceptions françaises qui ont tenté de mettre au premier plan, dans les psychoses paranoïaques, l'"automatisme mental". On sait que cette notion comprend

des sentiments de dépersonnalisation, d'inhibition, d'influence et aussi des sentiments d'étrangeté et de transformation du monde extérieur.

Les auteurs ont tenté de faire valoir qu'on trouve fréquemment de tels sentiments au début et dans l'évolution de certaines psychoses paranoïaques, pour parler de causalité organique commune à l'ensemble des délires chroniques.

Enfin, on sait que la théorie organiciste la plus élaborée est celle développée par JASPERS lorsqu'il introduit la notion de processus. Rappelons l'essentiel de ces conclusions tirées de l'étude de quatre cas de jalousie.

De cette analyse très approfondie JASPERS tire l'idée qu'il faut distinguer les cas où la jalousie se développe en continuité avec le caractère. Ces cas se caractérisent par l'absence de solution de continuité, c'est-à-dire, par progression lente et en quelque sorte harmonieuse d'un état passionnel. Seules se produisent des "crises" qui sont des paroxysmes qui ne bouleversent pas l'ensemble des dispositions affectives, qu'elles portent seulement en puissance. Ce qui serait ici "pathologique" ne pourrait être en définitive qu'une disposition fondamentale de la personnalité pour autant qu'elle constitue une tendance statistiquement anormale à la frustration. La notion de processus s'oppose radicalement comme nous allons le voir, au développement de la personnalité.

D'autres cas en effet témoignent au contraire d'une rupture de la trajectoire de la personnalité. JASPERS introduit ici la notion de processus : "Ce processus est une altération nouvelle du psychisme, survenant au cours de la vie, d'une manière non compréhensible". Il implique quelque chose d'autre et opère une modification nouvelle, du développement de la personnalité. Il distingue processus psychique et processus physico-psychique.

Le processus psychique est une sorte de transformation ou de conversion du sens de l'existence qui s'opère par une sorte de greffe parasitaire (Aufprüfung). Cette greffe est elle-même unique, c'est-à-dire qu'elle constitue un changement de direction qui, une fois pour toutes, métamorphose la personnalité.

En effet, une fois la nouvelle direction prise elle est durable et le sujet développe la personnalité sur cette nouvelle base comme dans le cas d'un simple développement de la personnalité, mais cette transformation totale qui a quelque chose d'hétérogène, se développe comme un enchaînement fortement articulé. JASPERS parle "d'une lésion progressive rationnelle et intuitivement compréhensible", pour désigner cette cohérence interne du travail délirant, qui ne cesse cependant d'être une déviation fondamentale de la trajectoire de la personne.

Ce "processus psychique" constitue pour lui le modèle même de la Psychose paranoïaque.

Le processus physico-psychotique se caractérise par un bouleversement, qui accentue l'hétérogénéité de l'orientation nouvelle chaotique qui se développant pour son propre compte et devient par là-même réfractaire aux relations de compréhension. Son contenu psychique correspond à une vie mentale désagrégé.

En distinguant deux modalités de processus d'aliénation la conception de JASPERS permet de considérer que la Paranoïa, qui n'est précisément pas un simple développement de la personnalité, s'établit sur le modèle de ce processus psychique qui par une greffe parasitaire d'un développement cohérent métamorphose et inverse le système du Moi. Tandis que le processus physico-psychotique, celui de la schizophrénie, substitue au Moi une multiplicité de bourgeons hétérogènes les uns aux autres.

II - ASPECTS PSYCHANALYTIQUES DE LA PARANOÏA

1 - CONCEPTIONS DE FREUD SUR LE POINT DE FIXATION ET DE RÉGRESSION DANS LA PARANOÏA

Dans son analyse du cas SCHROEBER, FREUD fait cette remarque que les différents thèmes du délire dans la paranoïa peuvent se déduire, d'une façon en quelque sorte grammaticale, des différentes désignations opposables à l'aveu libidineux inconscient suivant : je l'aime, Lui (l'objet d'amour homosexuel).

- a) la première dénégation possible : "je ne l'aime pas, je le hais" projetée secondairement en "il me hait", donne le thème de persécution.
- b) la seconde dénégation possible : "je ne l'aime pas, c'est elle (l'objet du sexe opposé) que j'aime" projetée secondairement en "elle m'aime", donne le thème érotomaniac.
- c) la troisième dénégation possible ; "je ne l'aime pas, c'est elle qui l'aime", donne avec ou sans inversion projective le thème de jalousie.
- d) la quatrième porte globalement sur toute la formule et dit : je ne l'aime pas ; je n'aime personne ; je n'aime que Moi". Elle expliquerait la genèse des thèmes de grandeur. "La distance évolutive, dit FREUD, qui sépare la pulsion homosexuelle cause du refoulement traumatique, du point de fixation narcissique que révèle la régression accomplie, donne la mesure de la gravité de la psychose dans un cas donné".

Nous définirons d'abord les notions de narcissisme primaire et secondaire, dans les dernières conceptions de FREUD, acceptées par la plupart des psychanalystes :

- le narcissisme primaire désigne le stade le plus précoce de la libido où la présence d'un Moi constitué en unité ne peut être encore décelée.

FREUD montre que l'objet naît de la frustration : " l'état narcissique primitif ne pourrait jamais évoluer si tout individu ne traversait une période où, impuissant à s'aider lui-même, les soins d'autrui lui sont indispensables".

Cette frustration est à l'origine de la naissance du Moi et de celle de l'objet qui sont contemporaines, l'un se définissant par rapport à l'autre. (Antérieurement, le Moi et le Non-Moi sont confondus, les catégories temporo-spatiales sont absentes : le schizophrène qui a désinvesti le monde objectal retournerait à cet état narcissique - primitif).

Le Moi, ainsi différencié, "cherche à conquérir un objet d'amour, et il se prend d'abord lui-même, il prend son propre corps pour objet d'amour, avant de passer au choix objectal d'une personne étrangère". Le choix homosexuel garderait ainsi une empreinte narcissique profonde en ce qu'il est déterminé par la nécessité de trouver dans l'objet, une similitude quant à l'identité ... corporelle (dont les organes génitaux).

- Une fois la libido ainsi projetée sur les objets (il s'agit essentiellement des objets parentaux), le Moi réincorpore une partie de cette libido : c'est la phase du narcissisme secondaire. Dans le "Moi et le Ça", FREUD dit que le narcissisme secondaire est le narcissisme du Moi "dérobé aux objets". "Les pulsions homosexuelles, dit FREUD, dans le "cas SCHROEBER" ne disparaissent pas, une fois le stade du choix objectal hétérosexuel atteint, mais sont détournées de leur but sexuel, et viennent former les instincts sociaux, par une sublimation. Le facteur déclenchant de la paranoïa serait lié à une annihilation de la sublimation, les instincts sociaux se resexualisent".

FREUD nous dit que la fixation au narcissisme secondaire constitue une prédisposition à cette regression vers la pulsion homosexuelle primitive.

2 - CONCEPTION D'ABRAHAM SUR LA PARANOÏA : REGRESSION AU PREMIER STADE SADIQUE - ANAL.

Les caractères de la paranoïa, mis en valeur par la psychiatrie classique, tels que : la systématisation, la clarté, l'ordre de la pensée, de la logique, de la démarche scientifique (SERIEUX et CAPGRAS), des postulats erronés sur lesquels s'établissent les raisonnements (DE CLERAMBAULT), la rigidité le caractère inébranlable des convictions, tous ces traits se regroupent, évoquant inévitablement la tendance à faire de la paranoïa une structure. Or, tous ces caractères appartiennent au registre de l'organisation sadique-anale de la libido telle que l'ont dégagée FREUD, JONES et ABRAHAM.

Grâce à sa vigilance, à sa systématisation, le paranoïaque ne se laisse jamais surprendre ni par les autres, ni par ses propres affects qui prennent eux-mêmes le sens de la pénétration d'objets indésirables (crainte homosexuelle). La projection "mécanisme de la formation des symptômes dans la paranoïa qui exige que les sentiments, les perceptions internes soient remplacés par une perception venant de l'extérieur" (FREUD) a une fonction de maîtrise des pulsions : "ce n'est pas moi, c'est lui" implique une absence d'identité entre Lui et Moi et la présence de frontières rigoureuses entre son Moi et le mien. Cette maîtrise des pulsions est à rattacher au stade anal.

La fixation au narcissisme secondaire s'oppose-t-elle à l'existence d'une fixation au premier stade sadique-anal ?

Dans le cas où le narcissisme secondaire est pathologique, les acquisitions du stade anal viendront renforcer ses aspects morbides en accentuant le caractère apparemment autonome clos et replié du sujet. La dialectique garder-donner spécifique du stade anal est particulièrement propre à exprimer le conflit entre le narcissisme secondaire et l'objectalité.

Les intrusions et la main mise que nécessite le dressage sphinctérien constituent une blessure narcissique plus ou moins profonde qui peut détruire les capacités d'amour objectal comme l'a montré ABRAHAM et, donc renforcer dangereusement un narcissisme secondaire pathologique. Les acquisitions résultant du dressage sphinctérien sont alors entièrement mises au service du repli narcissique, l'objet étant expulsé, contrôlé, maîtrisé, les frontières du Moi sévèrement gardées.

C'est ainsi qu'on pourrait concilier les vues de FREUD et d'ABRAHAM sur les points de fixation dans la paranoïa.

3 - PARANOÏA D'AUTO - PUNITION DE J. LACAN.

- En 1929, dans son article "La crainte, la culpabilité, la haine" E. JONES disait :

"Si les tendances d'auto-punition sont tant soit peu développées, nous pouvons nous attendre à voir le patient provoquer le monde extérieur, c'est-à-dire, des substituts du père, à lui infliger des punitions, et il est facile de constater que ceci se fait à seule fin de diminuer le sentiment de culpabilité : En provoquant la punition extérieure, le patient se met à l'abri d'une partie de la sévérité de la punition venant de l'intérieur (auto-punition)".

- La conception d'auto-punition se retourne dans le type de paranoïa décrit par J. LACAN dans sa thèse de 1932.

Il décrit la paranoïa d'auto-punition, telle qu'il l'a vue dans son cas AIMEE, et dans quatre autres cas personnels ainsi que dans des observations trouvées chez KRETSCHMER, BLEULER, JANET, ...

Bien que soit décrit un prototype restreint, le mécanisme de l'auto-punition ne lui est pas spécifique.

La personnalité antérieure est marquée avant tout par un "inachèvement des conduites vitales ":

"Ce trait est proche des conduites psychasthéniques de JANET, mais les échecs portent moins sur le rendement social et professionnel que sur la réalisation des relations de la personnalité qui se rapporte à la sphère sexuelle, soit des liens amoureux, matrimoniaux, familiaux. Anomalies de la situation familiale dans l'enfance des sujets (orphelins, illégitimité, éducation exclusive par l'un des parents, attachement exclusif à l'un des parents, haine familiale). Fuite devant le mariage, et quand il est réalisé, échecs conjugaux".

"Mais ces mêmes sujets révèlent dans les rapports plus lointains avec la communauté sociale, des vertus efficaces ; instituteurs convaincus de leur rôle, employés ou ouvriers excellents, travailleurs acharnés. On observe dans leur vie affective la même double face : passage brusque, à l'égard d'une personne, de l'amour à la haine, et inversement".

Des ébauches de troubles psychiques sont décelables dans les antécédents. Ils consistent en troubles de la fonction sexuelle (impuissance, frigidité ou hyperexcitation psychique), en perversions (souvent sublimées comme le masochisme moral), en épisodes névrotiques obsessionnels, en sentiments névrotiques de dépersonnalisation, en accès de jalousie, en troubles épisodiques du caractère, en accès anxieux.

Mais l'étiologie immédiate de la psychose, on trouve fréquemment un processus organique fruste (intoxication, trouble endocrinien, puerpéralité, ménopause) presque constamment une transformation de la situation vitale : perte d'une place, changement de milieu, mais surtout mariage, et électivement perte d'un des parents très fréquemment un évènement à valeur de trauma affectif (KRETSCHMER montre l'extrême fréquence de ce dernier point, cas RENNER en particulier).

Souvent, c'est l'accumulation de ces facteurs qui semble déterminer l'éclosion de la psychose.

Le début de la psychose est brutal, il pose régulièrement le diagnostic de dissociation schizophrénique. La période d'état apparaît avec la systématisation du délire : on retrouve la paranoïa de KRAEPELIN, comme celle de SERIEUX et CAPGRAS : les "phénomènes élémentaires" sont représentés essentiellement par des interprétations.

Mais s'y ajoute un cortège de troubles de la perception et de la représentation : des illusions de la mémoire, de la perception, des phénomènes frustes de dépersonnalisation, des pseudo-hallucinations, et même des hallucinations épisodiques (KRETSCHMER nie la valeur diagnostique et pronostique des hallucinations dans la paranoïa).

Tous ces phénomènes élémentaires sont communs à l'ensemble des psychoses paranoïaques. Dans le prototype décrit par LACAN, ils "se spécifient par leur contenu : ils expriment la notion d'auto-accusation". "Les idées délirantes de persécution y sont souvent la portée de crainte centrifuge et le sens d'auto-accusation, qu'on reconnaît aux délires de la mélancolie. Mais elles conservent la portée des menaces toujours projetées dans le futur, quoique plus ou moins marquées d'imminence et le sens avant tout démonstratif, qui sont les traits caractéristiques des délires de persécution paranoïaques".

"Le persécuteur principal est toujours de même sexe que le sujet, et est identique, ou tout au moins représente clairement la personne du même sexe, à laquelle le sujet tient le plus profondément par son histoire affective".

" Les idées de jalousie sont d'une gratuité et d'une absurdité manifeste, et on peut déceler fréquemment un intérêt de valeur homosexuel pour le complice incriminé".

On peut observer des idées de grandeur, qui portent surtout sur le futur, des idées érotomaniaques, à caractère platonique.

"Notons la réactivité du délire aux influences endogènes, surtout au rythme sexuel, mais aussi à l'intoxication, au surmenage, à l'état général, aux changements de milieux".

"On peut observer, en rapport avec ces influences, des oscillations marquées de la croyance délirante. Dans les oscillations favorables, on peut voir se réduire l'idée délirante à l'état de la simple hantise qu'on observe chez l'impulsif obsédé."

LACAN a observé la tentative de suicide dans deux cas, et pense "que c'est tout spécialement au type ici décrit que se rapportent les rares faits de suicide observés dans les délires de persécution vrais.

"L'évolution et le pronostic comportent non la guérison mais la curabilité". Ici LACAN rejoint les observations de KRETSCHMER et BLEULER les guérisons spontanées pouvant survenir "à la suite d'une résolution plus ou moins partielle du conflit générateur et éventuellement d'un changement de milieu, par exemple".

"Mais une condition interne est la base première de ces guérisons : c'est la satisfaction de la pulsion auto-punitive. Les occasions les plus diverses peuvent provoquer cet assouvissement, trauma moral, choc, et aussi bien, semble-t-il, maladie organique".

A ce sujet, J. CHAZAUD souligne que "les paranoïaques, à l'approche de la mort, présentent généralement une réaction dépressive profonde, avec disparition totale, parallèle de la paranoïa".

F. ALEXANDER a, de son côté fourni un début de statistique montrant la fréquence de l'aspect gastro-intestinal de la maladie terminale (référence faite au stade sadique-anal).

Rappelons que FREUD affirmait qu'il ne saurait tenir "pour valable aucune théorie de la paranoïa, qui n'impliquerait pas les symptômes hypochondriaques toujours concomitants de cette psychose".

Enfin, LACAN a montré "dans quelle mesure (dans le cas AIMEE par exemple), la réaction agressive elle-même, pouvait satisfaire indirectement le désir d'auto-punition, et la guérison du délire s'en suivre comme chez les passionnels. Cette guérison est sujette pourtant aux mêmes réserves de récurrence, qu'on doit poser chez les passionnels eux-mêmes".

- Nous avons longuement rappelé la "paranoïa d'auto-punition" de LACAN, car la méthode, le style descriptif, rendent hommage à la psychiatrie classique tout en intégrant de façon harmonieuse les notions psychanalytiques. Par ailleurs, cette description peut s'appliquer, dans une grande mesure, à de nombreux aspects de la paranoïa. Elle situe, en effet,

une paranoïa aux confins de certains problèmes névrotiques (obsessionnels en particulier) et, à l'opposé, de phases de dépersonnalisation, de sentiments d'étrangeté" qui posent le diagnostic avec la dissociation schizophrénique".

- C'est bien là l'extrême difficulté que posent les problèmes nosographiques de la paranoïa.

Chaque auteur décrit, selon son expérience et ses conceptions, un type donné de paranoïa, et l'on s'aperçoit que les personnalités "psychopathiques" préexistantes sont d'une grande variété. La notion de constitution était une tentative de définir strictement la structure de la paranoïa : elle est actuellement contestée par la plupart des auteurs.

L'école Psychanalytique de son côté, cherche à cerner cette structure ; mais si les tentatives sont intéressantes, elles sont souvent en contradiction, chaque auteur introduisant sa propre théorie de la paranoïa.

* *

*

LES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

I - LA CONCEPTION CLASSIQUE

- 1 - La Psychose Hallucinatoire chronique de Gilbert BALLET MAGNAN opposait deux grandes catégories de psychoses délirantes chroniques : Le Délire chronique à évolution systématique et le Délire systématisé des dégénérés. C'est en critiquant cette attitude qui lui paraît trop stricte, que Gilbert BALLET propose sa description de la Psychose Hallucinatoire chronique. L'opposition lui paraît trop stricte en effet. Au point de vue étiologique, il pense que les antécédents héréditaires sont à peu près comparables dans les deux cas. Au point de vue évolutif, il affirme que le schéma en quatre périodes est exceptionnel, et que la démence terminale est exceptionnelle.

De la même manière il prend position contre la classification Kraepelinienne dont certaines formes paranoïdes de la Démence précoce lui paraissent entrer dans le cadre nosographique qu'il propose. "En somme, il me semble que MAGNAN et ses élèves ont trop dissocié en séparant en deux groupes nettement distincts des faits qui ne paraissent pas nosologiquement séparables, et qu'au contraire KRAEPELIN et ceux qui l'ont suivi ont trop synthétisé en fusionnant la démence paranoïde avec l'hébéphrénie et la catatonie".

On peut constater par ailleurs l'identité du travail poursuivi en France et en Allemagne, La division paraît trop tranchée entre Délire chronique et Délire des dégénérés, Paranoïa et Démence paranoïde et certains ont senti la nécessité d'un groupe intermédiaire. Tandis que G. BALLET créait le cadre des psychoses Hallucinatoires chroniques ; KRAEPELIN de son côté faisait sortir après bien des hésitations la Paraphrénie de la Dementia praecox. Cliniquement les deux états tampons ne sont pas superposables

Les Paraphénies sorties de la Démence précoce restent plus près de la Démence paranoïde que de la Paranoïa.

Les Psychoses Hallucinatoires chroniques nettement séparées de la Démence précoce - encore que des cas limités ne puissent être niés - avoisinent le délire de revendication et le délire d'interprétation type SERIEUX et CAPGRAS.

Il est maintenant nécessaire de citer assez largement G. BALLET dans sa première description clinique de la Psychose Hallucinatoire chronique, elle est rapportée dans l'Encéphale du 10 Novembre 1911 : "Au point de vue étiologique le terrain sur lequel elle se développe est souvent et peut-être toujours préparé par l'hérédité. Des troubles du caractère, antérieurs au développement du délire se rencontrent dans un très grand nombre de cas : caractère triste, timide, émotif, inquiet, ombrageux, hautain, jaloux, vaniteux, orgueilleux... Il convient de remarquer que la débilité mentale est rarement notée. Au premier rang des symptômes constants il faut mettre l'état cénesthésique pénible, l'inquiétude qui précède ou tout au moins accompagne les premières satisfactions... Comme dans la mélancolie le trouble intellectuel est conditionné par un trouble de la cénesthésie. C'est un sentiment vague d'inquiétude qui étonne et surprend le malade plus qu'il ne l'attriste vraiment. Inquiétude purement intellectuelle comme celle d'un inventeur à la recherche d'un système. Ce trouble cénesthésique s'associe bientôt et quelquefois dès le début aux idées de persécutions et à des hallucinations de divers sens, parmi lesquelles les hallucinations auditives tiennent presque toujours la première place. A ces symptômes constants s'en ajoute ou s'en substitue souvent un autre, qui, dans sa forme caractérisée tout au moins ne fait pas nécessairement parti du tableau clinique, c'est l'idée ambitieuse, de fortune et de grandeur".

Gilbert BALLEET envisage ensuite le Pronostic. "Tantôt l'évolution se poursuit en s'accroissant et sans atténuation durant de nombreuses années jusqu'à l'affaiblissement intellectuel. D'autre fois le délire après des rémissions ou sans rémissions apparentes semble s'atténuer et le malade se stéréotype dans un état où les idées de persécutions ou ambitieuses persistent, mais à demi effacées. Enfin, dans quelques cas, hallucinations et délire s'atténuent plus encore et sont remplacés par un état de déchéance intellectuelle accusée.

Il faut noter qu'à cette époque pour Gilbert BALLEET, la présence d'idée délirante de persécution est nécessaire pour pouvoir parler de Psychose Hallucinatoire chronique. Deux ans plus tard il reviendra sur cette description en modifiant son optique. "On considère du point de vue symptomatique que ce sont les idées de persécution qui donnent à l'affection sa physionomie propre. J'estime que c'est une erreur". Par contre, "tous les observateurs ont noté que les persécutés hallucinés se plaignent d'habitude qu'on devine leur pensée, qu'on prend leur pensée, qu'on répète leur pensée : c'est à ce dernier phénomène qu'on a donné le nom d'écho de la pensée". C'est ce phénomène que Gilbert BALLEET va intégrer à sa description de la Psychose Hallucinatoire chronique pour en faire le symptôme basal de l'affection, sans toutefois motiver ce changement, ni par des exemples cliniques, ni par des considérations théoriques.

Dans un deuxième temps il résumera ses positions :

- a) "La Psychose hallucinatoire chronique est une maladie qui consiste essentiellement dans la désagregation de la personnalité.
- b) C'est pour cela qu'elle s'accompagne d'hallucinations auditives.
- c) C'est pour cela aussi qu'on y observe le phénomène d'écho de la pensée.

- d) Les idées de persécution bien que constituant le phénomène le plus saillant de l'affection, ne sont contrairement à ce qu'on pense généralement, qu'un phénomène accessoire et secondaire".

II - L'APPORT DE DE CLERAMBAULT.

Mais c'est avec le travail de DE CLERAMBAULT sur les psychoses à base d'automatisme que la psychose hallucinatoire chronique trouve sa véritable consécration. Il donne en effet la description d'un ensemble séméiologique particulier, l'Automatisme Mental, qui constitue selon lui le syndrome basal ou nucléaire des différentes psychoses chroniques. Dans cette perspective la psychose hallucinatoire chronique devient une "Psychose délirante chronique basée sur le syndrome d'Automatisme mental qui en constitue le noyau et dont la superstructure délirante constitue une idéation surajoutée" (H. EY).

Voici le résumé que G. DE CLERAMBAULT en donne lui-même dans la Pratique Médicale Française de Mai 1925

- 1°) Le Syndrome d'Automatisme Mental est selon nous l'élément initial fondamental générateur des psychoses hallucinatoires chroniques le noyau de ces psychoses est dans l'automatisme, l'idéation est secondaire.
- 2°) L'idée délirante est la réaction d'un intellect et d'une affectivité l'un et l'autre restés sains, aux troubles de l'automatisme surgis spontanément et surprenant le malade dans la plupart des cas en pleine période de neutralité affective et de quiétude intellectuelle.
- 3°) L'élément hallucinatoire est primordial, ce sont les

hallucinations qui créent l'idée de persécution, l'interprétation des sensations bizarres, des troubles cénesthésiques pourra se faire selon trois modes : hypochondrie, possession et persécution.

- 4°) Dans les psychoses hallucinatoires chroniques les processus verbaux anidéiques (exemple jeux syllabiques) l'écho de la pensée a une importance capitale.

Ils ont une origine mécanique, comme les processus sensitifs, moteurs ou visuels.

Leur origine est une irritation locale, ils résultent des séquelles, des lésions infectieuses, toxiques, traumatiques ou sclérosantes, séquelles les plus tardives, les plus subtiles et les plus systématisées de toutes les séquelles neurologiques.

- 5°) Ces psychoses entrent ainsi dans la neurologie.

- 6°) Le délire se pose (ou plus exactement se construit mécaniquement sur la base de phénomènes partiels de genèse purement mécanique. Certains de ces phénomènes sont vraiment générateurs du délire. Il en est ainsi pour l'écho de la pensée et les hallucinations notamment.

- 7°) La production chronique chez un sujet d'hallucinations d'un ou plusieurs sens nous donne le prototype exact de la base de psychose hallucinatoire chronique. Tout système d'idée, spécialement tout roman de persécution en est absent. C'est le socle qui attend sa statue.

Le progrès de DE CLERAMBAULT sur ses prédécesseurs, c'est qu'il y a chez lui un apport pour concevoir un certain type de délire, non plus à partir des dires du patient, non plus à partir des phases successives par lesquelles passent assez

souvent ces dires, mais à partir d'un trouble primaire, l'Automatisme mental, qui engendre l'ensemble des constatations cliniques manifestant elles-même à la fois ce trouble fondamental et les réactions du patient. Définir une psychose par son mécanisme, c'est alors essayer d'isoler quelques phénomènes pathologiques, initiaux et de comprendre comment à partir d'eux s'élabore l'évolution des apparences cliniques.

III - LA CONTRE RÉACTION.

L'école Néo Jacksonienne avec H. EY ne reconnaît pas pour sa part cette nouvelle entité. Celle-ci se serait imposée, selon cet auteur grâce à l'occurrence de plusieurs faits.

- La Psychose hallucinatoire chronique apparaît bien comme la fille naturelle de la tradition classique. La conception traditionnelle considérant l'hallucination comme élément générateur du délire.
- Le souci des Psychiatres français de décrire des formes de maladie mentale toujours plus isolées, et leur répugnance à accepter les grandes synthèses de l'école allemande.
- Le prestige de G. BALLET, plus que ses descriptions en définitive assez sommaires.
- La simplicité des mécanismes qu'elle suggère.
- La commodité de son diagnostic.
- L'indifférence qu'elle entretient dans l'esprit du clinicien à l'égard d'un pronostic toujours fatal.

Toutes ces raisons ont fait que la psychose hallucinatoire chronique est devenue le cadre nosographique auquel l'école française tient le plus sans qu'il n'ait jamais été sérieusement validé.

E. EY souligne ensuite les principaux faits qui ont pu induire en erreur, par la suite.

1°) Certains délires paraissent n'être constitués que d'hallucinations considérées comme des phénomènes sensoriels, "mais n'est-ce pas délirer avec nos malades de prétendre avec eux, lorsqu'ils entendent la voix de leurs persécuteurs, qu'il s'agit d'une voie réelle et non pas de délire". Il faut replacer l'hallucination à sa place dans le délire. Non pas à sa base mais dans sa masse, ou mieux dans son architecture, sa structure. L'hallucination apparaît alors pour ce qu'elle est un effet et non une cause du délire.

2°) Certains hallucinés ne paraissent pas délirants.

Certains ne sont pas délirants en effet : sujets présentant des "Idéalies hallucinosiques".

D'autres le sont manifestement, comme en témoignent leur comportement, leur conviction, et plus généralement la modification de leur système de relation avec le monde.

"Il ne suffit certes pas qu'ils nous offrent leur délire comme s'il n'en était pas un (soit par réticence, soit par conscience vague de leur aliénation, soit par l'effet de cette aliénation) pour que leur délire se réduise aux constatations empirico-sensorielles sur lesquelles ils se fondent précisément pour délirer, en faisant du délire l'objet de leur dénégation".

Quoiqu'il en soit un fait doit être clair l'hallucination justement vraie, pour être précisément délirante, consiste à se nier comme telle.

Devant toute hallucination, il faut essayer de découvrir l'infrastructure délirante, autrement dit la structure schizophrénique, paranoïaque ou fantastique du délire qu'occulte dans ce cas l'hallucination. Les hallucinations

ne sont rien par elles-même si on ne sait les remettre à leur place dans leur contexte structural ; elles ne doivent en aucun cas être réduites à un dénominateur commun mythique de sensorialité.

3°) Enfin, les trois propositions constituant le dogme de l'Automatisme mental de DE CLERAMBAULT paraissent insoutenables.

Rien n'autorise à penser en effet que :

- les hallucinations sont le produit de l'excitation de centres sensoriels.
- que ces troubles sensoriels engendrent automatiquement le délire.
- certaines psychoses hallucinatoires seraient caractérisées, non seulement par la fréquence de ces phénomènes, mais par leur seule présence (le délire étant alors contingent).

"L'école française doit donc perdre sans regret cette illusion nosographique, artificielle et superflue. Elle doit s'en consoler d'autant plus facilement que les écoles étrangères (allemandes et anglo-saxonnes) ne sont pas plus estimables de tout regrouper indifféremment dans la schizophrénie.

En réalité un certain nombre de psychoses hallucinatoires chroniques, répondant spécialement à la description du syndrome d'action extérieure de H. CLAUDE (avec leurs sentiments d'emprise, d'influence et de possession, leurs hallucinations psychiques, leurs symptômes d'automatisme mental, tous symptômes s'ordonnent autour d'un thème fondamental d'influence ou de passession) ne peuvent pas être écartées du cadre des délires systématiques (ou paranoïaques) et doivent être réunies dans le groupe des Délires hallucinatoires systématisés.

PARAPHRÉNIES — DÉLIRES D'IMAGINATION — DÉLIRES FANTASTIQUES

- 1 - KRAEPELIN en observant les malades qui constituaient la masse des délires chroniques, ne se sentait pas satisfait de devoir les distribuer, soit dans la démence précoce, soit dans la Paranoïa.

C'est de cette exigence clinique qu'est né le concept de Paraphrénie (1912) dont il distingue quatre formes :

- Paraphrénie systématique analogue à la Psychose hallucinatoire chronique des auteurs français,
- Paraphrénie expansive qui correspond assez exactement aux états de manie chronique,
- Paraphrénie confabulante caractérisée par les faux souvenirs, la production de récits ou d'histoires étranges,
- Paraphrénie fantastique caractérisée par une production luxuriante extraordinairement étrange de représentations délirantes.

"Le délire dit KRAEPELIN se développe en recourant sans cesse à des métaphores, à des conceptions tout à fait illogiques, à des idées chimériques qui témoignent d'un jeu insensé et sans but d'une imagination qui va à l'aventure.

Les fabulations paramnésiques jouent un grand rôle dans cette production de délire. Mais en même temps qu'ils racontent ces histoires extraordinaires, ces délirants sont parfaitement capables de soutenir normalement une conversation...

Dans la phase terminale, il y a bien un certain degré d'affaiblissement (VERBLÖDUNG), mais je connais des cas où après plusieurs dizaines d'années d'idées fantastiques les plus étranges du monde, il ne pouvait être question du moindre degré de faiblesse intellectuelle".

On sait qu'à la suite des travaux de MEYER, portant sur l'évolution de 78 cas étudiés à la clinique même de KRAEPELIN à MUNICH, et soulignant la nature et l'évolution schizophrénique de ces délires, KRAEPELIN finit par rapprocher et confondre ses paraphrénies au groupe de schizophrénies.

Cet arrêt de mort fut consacré par la suite par MEYER-GROSS dans le Traité de BUMKE.

- 2 - En France, DUPRE et LOGRE soucieux d'une classification des Délires chroniques, basée sur leurs mécanismes fondamentaux proposent entre 1910 et 1914 de grouper sous le nom de Délire d'Imagination, des délires à mécanisme imaginatif sur fond constitutionnel mythomaniac. Ces auteurs en étudiant cette pathologie de l'imagination entendent séparer ces délires à base de fabulation, des délires à base hallucinatoire ou à base interprétative.

Ces Délires sont caractérisés par une production purement imaginative, c'est-à-dire par une invention de faux événements racontés et construits en faisant appel aux lois de l'imagination créatrice.

Ces délirants imaginatifs nous dit DUPRE projettent leur délire dans de pseudo-réalités qui deviennent pour eux la preuve de la légitimité de leur délire. Ils commencent par créer le fait extérieur et de sorte peuvent justifier leurs affirmations dont la formule est en réalité antérieure à toute expérience. Ce processus est exactement l'inverse de celui de l'interprétation. Ces auteurs ont décrit des Psychoses imaginatives aiguës et des Délires d'imagination chroniques. Parmi ces derniers certains "systématisés" à thème de filiation forment une trame sans celle renouvelée, celle d'une sorte de roman fleuve, où se mêlent des aventures abracadabrantes d'enlèvement, de substitution, etc...

D'autres "fantastiques", sont caractérisées par une prolifération imaginative d'une extraordinaire exubérance, et se traduisent par les conceptions les plus chimériques. Ils sont semblables à un rêve grossi et développé de tout le pouvoir créateur de l'imagination. "Si bien que ces malades sont moins comparables à un rêveur qu'à un poète, mais à un poète qui se prendrait à sa fiction, et se laisserait ensorceler par ses propres images. Ces délires sont presque toujours constitués par des récits prolixes et prestigieux de richesse. Procédant par une accumulation incroyable de détails, de scènes et faux souvenirs, le plus délirant se déploie en une vision féérique des êtres et de l'univers. Tantôt le délire prend l'allure d'une féérie, tantôt il est formé d'une plastique macabre et de prophéties apocalyptiques. Tout y est thème à divagation fantastique ; cependant certains sont privilégiés : les théories cosmogoniques, les mythes de la création sont exploités par la formation de doctrines où se juxtaposent, s'inversent ou se complètent les concepts les plus extravagants.

Dans les deux cas l'évolution se fait sans dissociation.

- 3 - L'autonomie des Délires d'imagination n'est pas reconnue par tous. H. EY en particulier, ne reconnaît pas l'imagination comme une modalité spéciale de la production délirante. La conception de DUPRE concernant le mécanisme imaginaire lui paraît également critiquable. Selon DUPRE en effet le mécanisme imaginaire se distingue de l'hallucination en ce que celle-ci est un phénomène sensoriel (ce qu'elle n'est justement pas) et de l'interprétation en ceci que l'interprétation est un raisonnement (qu'elle est si peu).

Cependant, il faut bien reconnaître l'existence de Délires chroniques qui ne peuvent être en raison de leur fabulation échoïque assimilés à la Paranoïa, et qui en raison de l'absence de désagrégation autistique ne peuvent entrer dans le cadre de la schizophrénie.

H. EY propose de réunir sous le terme de Délires fantastiques la majorité des cas rapportés par KRAEPELIN dans les quatre formes de la Paraphrénie et dont les caractéristiques structurales sont :

- le caractère fantastique des thèmes délirants,
- la richesse imaginative du délire,
- la bonne adaptation du réel (diplopie du réel et de l'imaginaire),
- l'absence de systématisation, de dissociation, d'évolution déficitaire.

Tel doit être selon cet auteur le troisième terme de la Trilogie des Délires chroniques, "une mythologie qui n'est ni le système clos de la Paranoïa, ni le monde fermé de la schizophrénie".

CHAPITRE IV

LES OBSERVATIONS

LES PSYCHOSES PARANOIAQUES

LES DÉLIRES DE REVENDICATION

* Madame D ...

40 ans - en instance de divorce - 2 enfants - assistante dentaire.

Première hospitalisation - Délire de revendication.

- Accuse son mari d'avoir fait état, au cours de la procédure de divorce de documents laissant entendre qu'elle se livrait à la prostitution avant son mariage, et d'avoir utilisé de faux témoins par le biais de personnes appartenant à sa propre famille. Depuis la perte de la garde des enfants, activité processive intense. A réuni un énorme dossier de pièces justificatives de son bon droit. A bout d'argument a fini par menacer de s'immoler par le feu devant le Palais de Justice, si elle n'obtenait pas une audience chez le garde des Sceaux, le jour même.

Thème de persécution secondaire avec ébauche d'un syndrome d'automatisme mental. Elle est victime d'un complot. On a voulu la faire disparaître en l'empoisonnant.

Méfiant, psychorigide et autodidacte.

* Madame M...

50 ans - séparée - 2 fils - sans profession.

Hospitalisée en 1964 pour tentative de suicide.

- Délire de revendication chez une personnalité paranoïaque. Excitation psychique exacerbée par une procédure de divorce. Revendications multiples. Accuse son mari de se droguer avec une plante provenant de Nouméa, qui enlève toute conscience morale, et d'avoir par la suite une vie sexuelle déréglée. De plus, il la force à s'adonner à l'homosexualité. Refus du divorce et demande véhémement de la garde de son fils.

Démonstration suicidaire récente.

*Madame R...

53 ans, veuve depuis 9 ans. Née à Saint-Domingue - sans profession.

Première hospitalisation.

- Délire de revendication très actif.

Venue en France il y a cinq mois pour trouver un avocat afin d'engager une procédure contre les U.S.A. qui doivent lui verser une rente (pension de son mari plus une retraite pour elle). Elle a rendu visite à un certain nombre d'avocats et s'est faite refouler chaque fois. Depuis, visites et scandales répétés à l'Ambassade des Etats-Unis avec dernièrement bris de vitre.

Isolée et sans argent en France, elle envisage l'aide de son frère resté à Saint-Domingue afin de le rejoindre.

*Mademoiselle X...

57 ans - célibataire - employée de maison : Dame de compagnie chez Madame de CH....

Première hospitalisation.

- Délire de revendication à thème persécutif et magalomaniaque essentiellement intuitif. Elle est persécutée par une bande dirigée par le neveu de sa patronne, lui-même allié aux francs-maçons, à un abbé, et à des voleurs de grand chemin. Descendante des de CH.... par sa gran'mère elle a été usurpée de ses titres et de ses biens par Madame de CH.... (sa propre patronne). Il s'agit de biens très importants : un château, des meubles, et d'un coffre contenant des bijoux et des pièces d'or.

Conviction absolue avec activité revendicatrice.

*Madame C...

62 ans - séparée - 2 enfants - sans profession
Première hospitalisation.

- Délire de revendication caractérisé par le développement d'idée de persécution et de magalomanie.

Expression d'idées délirantes très actives à l'égard de son mari qu'elle accuse d'avoir voulu la supprimer, sous l'influence de sa concubine.

Se prétend avocate. Procédurière de toujours contre son mari pour sa pension alimentaire, et le partage de l'appartement. Fabulation délirante. Tentative de viol de la part d'un individu qui se serait introduit chez elle. Sthénique et volubile.

*Madame F...

65 ans - veuve - une fille - concierge (auteur littéraire).
Première hospitalisation

- Délire de revendication évoluant depuis de longues années à thème de préjudice et de magalomanie.

Ecrivain de génie, auteur littéraire de talent, on s'introduit dans sa loge à son insu, pour s'emparer de ses manuscrits. Les auteurs célèbres plagient ensuite son oeuvre littéraire. Elle vit avec sa fille, codélirante induite qui partage la conviction délirante de sa mère.

DÉLIRE ÉROTOMATIQUE.

* Mademoiselle L..... Christiane

36 ans - célibataire - infirmité visuelle (rubéole) : O.D.O. - O.G. : 2/10è.

Deuxième hospitalisation.

- Délire passionnel centré sur la personne de son médecin, évoluant depuis un an environ. Ce dernier l'aime et aurait dû l'épouser. Mais il n'a pu réaliser son désir étant marié et père de famille. Par dépit et pour se venger de son "amour impossible", il lui aurait dérobé les clés de son appartement. Il entrerait à son insu chez elle, et aurait essayé de la droguer. Elle a l'impression d'une surveillance constante de sa part. De plus, elle a entendu sa voix lui faisant plutôt des reproches.

"Elle travaille lentement, elle n'y voit pas bien etc..."

DÉLIRE D'INTERPRÉTATION.

* Madame D...

67 ans - veuve - sans enfant - sans profession - infirmité grave : nanisme compliqué de gibbosité.

Première hospitalisation.

- Délire d'interprétation à thème persécutif.

Réticence farouche dissimulant mal des idées délirantes de persécution. Suppose qu'il existe un complot contre elle mais ne peut rien affirmer. S'exprime par des propos vagues et al-lusifs. "Quand on ne plait pas aux gens" "Elle ne peut rien reprocher à personne". En fait l'instigateur en serait un li-braire dont le magasin est situé en dessous de chez elle et la persécute pour lui prendre son appartement.

* Mademoiselle D...

60 ans - sans profession

Deuxième hospitalisation.

- Délire d'interprétation à thèmes de persécution et de préju-dice. Elle trouve chez elle des saletés témoin de passage de personnes qui cherchent à la faire partir pour occuper son appartement.

De plus, des objets et de l'argent lui ont été dérobés. Ses vêtements sentent mauvais.

Ce sont les frères et une fausse soeur qui sont à la tête de cette "clique". D'ailleurs tout le monde est au courant.

Sthénicité protestataire avec dépôt d'ordures devant la por-te de ses voisins.

* Mademoiselle D..

43 ans - célibataire - une fille - concierge

Troisième hospitalisation

- Délire d'interprétation à thème de persécution. On lui en veut parce qu'elle est "française, propre et intelligente". De plus, les locataires lui doivent de l'argent. Activité revendicatrice avec démarches auprès des autorités et détournement de courrier.

* Mademoiselle C...

62 ans - célibataire - employé de maison : cuisinière.
Deuxième hospitalisation.

- Délire d'interprétation à thème de persécution et mégalomaniaque. Démarches auprès du Commariat pour réclamer qu'un verrou soit posé à sa porte. Elle est excédée en effet par les agissements du valet de chambre qui pénètre chez elle, fouille dans ses affaires, salit ses vêtements et souille son linge. Convaincue par ailleurs que derrière le valet il y a les américains.

Le mobile de la persécution serait lié au fait qu'elle possède un don, un certain pouvoir de faire le bien. "Je suis comme les docteurs dit-elle".

Exaltation thymique. Fond paranoïaque et médiocre.

* Mademoiselle G...

68 ans - vit seule - sans profession
Première hospitalisation

- Délire d'interprétation à thème de persécution et de préjudice. Interprétations multiples autour d'un thème central. Elle a affaire à un gang qui veut lui arracher sa signature pour régulariser la vente illégale d'un de ses appartements. Ils emploient

tous les moyens de pression : vols, violation de domicile, bris d'objets, menaces, injures et récemment tentative d'asphyxie par le gaz.

Conviction absolue, activité processive. Sthénie extrême.

* Madame D...

60 ans - mariée - sans enfant - sans profession

Hospitalisée en 1964.

- Délire d'interprétation affectant l'aspect d'un délire de parlier ; convaincue qu'on lui en veut. Certains locataires, ses voisins surtout des bonnes espagnoles, et la concierge font tout leur possible pour lui nuire. Ils salissent les W.C., claquent les portes, et ont voulu la frapper. Multiples incidents avec les domestiques de l'étage : interaction assez violente avec l'entourage, scandales répétés, interdiction de l'accès aux communs.

Exaltation et labilité thymique. Sténicité et psychorigidité paranoïaques.

* Madame M...

62 ans - mariée - sans profession.

Deuxième hospitalisation.

- Délire d'interprétation à thème de persécution. Vaste délire orienté surtout sur la conviction délirante de l'enlèvement de sa fille par des proxénètes pour la "traite des blanches". Mécanisme intuitif mais surtout interprétatif du délire. Scandale dans un studio de photographie, persuadée que sa fille y était maintenue. Convaincue d'y avoir vu son corps,

ses cheveux, sa silhouette.

Excitation psychique avec théâtralisme et fabulation luxuriante.

* Madame L...

73 ans - veuve - vivant seule depuis plusieurs années - sans profession.

Première hospitalisation.

- Délire d'interprétation. Depuis deux ans environ elle est incommodée jour et nuit par un bruit de moteur tournant en permanence au-dessus de chez elle. Les vibrations lui provoquent de violentes douleurs et de l'insomnie. Elle en a été réduite à s'acheter un sac de couchage pour dormir sur son palier.

De plus, intégration au délire des moindres incidents survenant dans l'immeuble.

Psychorigidité. Plaintes multiples au commissariat.

* Madame A...

58 ans - mariée - une fille - sans profession.

Nombreuses hospitalisations antérieures.

- Délire d'interprétation. Réticence farouche laissant néanmoins entrevoir des idées délirantes de persécution à mécanisme interprétatif et centré essentiellement sur son mari. Elliptique et évasive dès que l'on aborde les conflits avec ce dernier. "C'est une histoire idiote..." "Il souhaiterait faire de moi de que je ne suis pas."

PARANOIA SENSITIVE

* Madame L...

39 ans - divorcée - une fille de 15 ans - secrétaire.

Première hospitalisation.

- Paranoïa sensitive avec idées de persécution multiples ; son employeur essayait de la mettre en condition de se servir d'elle dans des affaires louche. Il est d'ailleurs un ancien ami de son mari.

Elle s'imagine être "torpillée" dans les postes de secrétariat qui lui sont offerts, l'ancien employeur téléphonant chaque fois pour donner de mauvais renseignements sur elle.

Elle se sent en butte à l'hostilité générale. Estime que son ex-époux agit pour la dominer. Il ne la respecte pas et aimerait la faire devenir folle. Vie de plus en plus recluse.

Thymie dépressive.

* Madame A...

42 ans - divorcée - une fille - dactylo.

Hospitalisée en 1958 à Vaucluse.

- Paranoïa sensitive. Depuis plusieurs semaines son patron est très désagréable avec elle. "C'est de la persécution délibérée". Il tient envers elle des propos malveillants. Il veut l'obliger à suivre des cours d'anglais, à faire des factures. Vit isolée dans une chambre de bonne. Envisage de se suicider pour résoudre ses problèmes.

* Madame B...

51 ans - Veuve (depuis 2 ans) - employée de bureau
Première hospitalisation.

- Paranoïa sensitive. Les préoccupations délirantes de persécution tournent autour de son milieu professionnel, où des accusations calomnieuses de malhonnêteté la poursuivent de bureaux en bureaux.

Aggravation depuis le suicide de son mari. Invalidité professionnelle. Quittait ses différents emplois par suite de l'impression de l'hostilité de l'ambiance. Elle n'envisage pas de reprendre le même travail, ne pouvant supporter l'entourage.

Stabilisation relative dans un emploi provisoire : dame de compagnie.

* Mademoiselle R...

50 ans - célibataire - femme de ménage dans un débit de boisson.
Première hospitalisation.

- Paranoïa sensitive. Conviction délirante à mécanisme interprétatif d'être en butte à des persécutions érotiques de la part de son patron. Celui-ci veut par tous les moyens qu'elle se livre à la prostitution. Il est odieux avec elle, lui flanque les clients dans les jambes. L'environnement est complice, le concierge et tous les locataires de l'immeuble.

Thèmes dérivés d'empoisonnement et de préjudice. On a voulu l'empoisonner, elle a souffert de malaises suspects à plusieurs reprises ; on pénètre dans sa chambre, comme en témoignent des cendres de cigarettes et des traces de chaussures sur le parquet.

PARANOÏA D'INVOLUTION

* Mademoiselle P...

57 ans - célibataire - sans profession.

Première hospitalisation.

- Paranoïa d'involution. Délire de persécution exprimé avec grande réticence, et ayant entraîné des troubles du comportement et du scandale dans la cour de son immeuble.

Elle est poursuivie par les allemands, les francs-maçons, les gardes républicains.

Réticence. Réponse à côté - Psychorigidité.

* Madame M...

70 ans - mariée - sans enfant - sans profession

Première hospitalisation.

- Paranoïa d'involution. Idées délirantes de persécution centrées sur un étudiant auquel elle loue une chambre. "Cet individu est cause de toutes ses misères" dit-elle. En effet, celui-ci a tout brisé dans sa chambre, écrit des propos malveillants à son égard sur les murs des couloirs ; il l'injurie et la menace. De plus, il ne paye pas son loyer depuis longtemps bien qu'il roule en voiture. Enfin, il paraît mener dans cette chambre une vie très dissolue.

Madame M... aurait envisagé d'acheter un revolver pour s'en débarrasser. Par ailleurs, réaction dépressive du mari, hospitalisé au Val-de-Grâce à la suite de cette affaire.

LES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

* Mademoiselle Le F...

64 ans - célibataire -employée à la R.A.T.P. (poinçonneuse).
Première hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique.

- Délire de persécution à mécanisme hallucinatoire et interprétatif. Elle est la victime d'un complot dont l'instigateur principal serait une voisine espagnole "qui se dit aveugle, mais voit suffisamment clair pour l'attaquer". Sévices multiples de la part de ses voisins. Ils lui donnent des coups, lui ont brisé la poignée de sa porte. Ils la menacent et l'injurient.

"Quand ils ont fini de faire du scandale d'une façon, ils recommencent d'une autre". Elle a le sentiment d'être "esclavagée" par ces gens-là... de nuit comme de jour. Mobile de cette persécution : "Ils voulaient avoir ma chambre que j'ai achetée".

* Madame L...

54 ans - veuve - employée de maison (femme de ménage).
Première hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique.

- Idées délirantes de persécution et d'influence, mal systématisées. Riche syndrome hallucinatoire.

On dit qu'elle est une prostituée.

A vu un homme tout nu assis sur son lit : "Je le vois et il s'étend".

On lui envoie des gaz sous sa porte ; on lui fait des piqûres sur les mains pendant son sommeil.

Tentative de rationalisation de ses troubles. "Ca fait trois ans que je subis des esprits".

* Madame B...

53 ans - séparée - sans enfant - cuisinière.

Déjà hospitalisée en 1965.

Psychose hallucinatoire chronique d'évolution ancienne.

- Délire de persécution à mécanisme hallucinatoire et interprétatif assez bien systématisé.

Riche activité hallucinatoire : insultes, menaces, injures, on a "microsillonné" ses murs.

Idée de préjudice : intrusion à son domicile, avec vol et usage abusif de ses affaires.

Les persécuteurs seraient "des sociétés espagnoles".

Mobile de cette persécution : on veut lui prendre sa chambre.

* Mademoiselle L...

74 ans - célibataire - employée de maison.

Première hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique.

- Délire de persécution évoluant depuis trois ans environ.
Hallucinations et interprétations multiples.

- Deux hommes qu'elle n'a jamais vus, la poursuivent et veulent l'enlever. Ils ont essayé de la tuer. Elle les a entendu dire "tire, tire, tues-là", et aussi : "elle est belle, elle aura une voiture, elle aura une belle robe". Pense qu'il s'agit de personnes malhonnêtes qui voudraient abuser d'elle.

Réaction de panique : n'allumait plus sa lumière, ne sortait plus de chez elle ; a fini par se barricader dans sa chambre.

* Mademoiselle M...

56 ans - célibataire - employée de maison - femme de ménage
Première hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique.

- Délire de persécution évoluant et s'enrichissant depuis le décès de sa mère il y a dix ans.

Conviction d'être traquée par une ligue féminine catholique qui de plus a capté son héritage.

Séances multiples, malaises provoqués, filatures, pose d'appareils dans les murs.

Hallucinations polysensorielles. Syndrome d'influence.

"Ce mouvement est beaucoup plus fort que moi, je le gênais".

* Madame P...

63 ans - mariée - plusieurs enfants - employée de maison.
Deuxième hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique d'évolution ancienne.

- Délire de persécution et d'influence peu cohérent. On lui a ravi ses enfants, puis ses parents. Les ravisseurs agissent

sur elle par magnétisme.

Très riche activité hallucinatoire. Syndrôme d'automatisme mental.

"Je ne me rendais pas compte qu'on me "fluidait".

On entend toutes mes réflexions sur magnétophone. Idée de préjudice : on pénètre chez elle malgré les verrous pour lui voler ses affaires.

* Mademoiselle S...

57 ans - célibataire - employée de maison - ancienne femme de chambre déportée en 1942.

Première hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique.

- Délire de persécution à mécanisme interprétatif et hallucinatoire assez bien systématisé.

Hallucinations auditives, cénesthésiques et olfactives.

Conviction d'un complot ourdi par la concierge et les allemands. Ils la suivent partout. Ils la guettent et l'insultent. Ils pénètrent chez elle pour lui dérober et briser ses affaires. Ils lui envoient des odeurs. Ils ont essayé de l'empoisonner en mettant dans son flacon d'alcool de menthe une substance rouge. Elle a tellement eu peur qu'elle est restée plusieurs jours sans manger.

"Ils agissent ainsi pour ne pas payer ma pension". La concierge mène la bande et les contrôle tous.

* Mademoiselle E...

78 ans - employée de maison.

Nombreuses hospitalisations antérieures.

Psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis de très longues années.

- Vaste délire de persécution centrée sur la préfecture de police et les juifs.

Riche activité hallucinatoire. Hallucinations auditives injurieuses.

* Mademoiselle L...

67 ans - célibataire - ancienne assistante sociale - Chevalier de la Légion d'Honneur - campagne d'Indochine - blessure de guerre (énucléation de l'oeil droit).

Déjà hospitalisée en 1966.

Psychose hallucinatoire chronique.

- Délire de persécution très actif à mécanisme hallucinatoire prévalent assez bien systématisé.

Hallucinations auditives et olfactives.

Syndrôme d'automatisme mental.

On a installé des micros et des magnétophones dans ses murs. Entend des "chiromancies". On lui parle. On l'injurie. On la traite de prostituée. On l'accuse de faire le trottoir, d'être une fille de légionnaire. On fait des chansons sur elle et sa famille à la radio.

Ulcérée de se trouver réduite (après tout ce qu'elle a fait pour la France) à loger dans une chambre de bonne entourée d'étrangers, portugais, espagnols, arabes...

Incidents répétés avec ses voisins qu'elle injurie et qu'elle menace. Démarches auprès du gérant pour changer de logement.

Elle a alors entendu dire "on la retrouvera jusqu'à ce qu'elle crève". Ignore totalement les raisons pour lesquelles on veut la retrouver. Pense qu'il s'agit de jalousie à l'égard de ses décorations.

* Mademoiselle M...

62 ans - a vécu pendant 15 ans avec son ami décédé il y a cinq ans - employée de maison : cuisinière.

Première hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique.

- Délire de persécution à mécanisme hallucinatoire centré sur ses voisins.

Ils la traitent de sale domestique, de sale bonne etc...

Il s'agit d'un complot pour lui prendre sa chambre.

* Madame R...

50 ans - séparée - plusieurs enfants - couturière.

Hospitalisée en 1956 et 1957.

Psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis de longues années.

- Délire de persécution à type de délire de palier, centré sur sa voisine, la concierge et plusieurs personnes de l'immeuble. Hallucinations polysensorielles actives.

Syndrome d'automatisme mental.

Sa voisine de palier, une alsacienne aurait monopolisé les W.C. communs et lui crierait des injures chaque fois qu'elle s'y

trouve. De plus elle y met de l'éther, ainsi que devant sa porte.

Mobile de la persécution : on veut disposer de son appartement.

* Madame K...

61 ans - employée de maison.

Deux hospitalisations antérieures

Psychose hallucinatoire chronique.

- Délire de persécution à mécanisme hallucinatoire assez bien systématisé. Désignation de sa belle-fille et de son mari à la tête du complot.

Hallucinations très actives visuelles, auditives, gustatives. Syndrome incomplet d'automatisme mental.

Voit sa belle-fille, tantôt seulement son visage, tantôt toute sa silhouette. Celle-ci commente et répète tout ce qu'elle fait et dit. Elle l'insulte. Le café a un goût désagréable parce que sa belle-fille y met quelque chose dedans. La voix du mari prend part également à la persécution, dont le mobile reste obscur. Pense que sa belle-fille a l'esprit dérangé.

* Madame M... Maria

64 ans - divorcée depuis 26 ans - sans enfant - employée de maison - femme de ménage.

Première hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique.

- Délire de persécution à mécanisme interprétatif et hallucinatoire assez mal systématisé.

Persécutée depuis plusieurs mois par un jeune homme voisin de sa chambre. Ce dernier l'insulte à travers le mur. Il l'empêche de dormir la nuit en faisant tourner un moteur. Il a réussi

à mobiliser tout le monde contre elle. A tenté de fuir son persécuteur en se réfugiant quelques jours chez des amis. "Il m'a sifflée comme un chien quand je suis partie. Elle l'a entendu dire "Je la finirai cette femme".

Toutes ces manoeuvres ont pour but de lui faire abandonner son appartement.

* Madame D...

60 ans - divorcée depuis 7 ans - une fille - modéliste.
Première hospitalisation.

- Délire à thème de persécution et d'influence. Hallucinations auditives. Syndrôme d'automatisme mental. On commente ses actes, on devine sa pensée, sentiment d'avoir perdu la liberté d'agir et de penser. Conviction que ses persécuteurs utilisent des appareils électroniques, elle est enregistrée par un appareil clandestin de télévision. Il n'y a pas de persécuteur bien désigné. Il s'agit de gens dans la rue de toute profession et de toute nationalité. Thème de préjudice associé. Des gens sont entrés chez elle pour lui voler des affaires.

Isolement familial. Désocialisation en chômage depuis un an.
En procédure d'expulsion de sa chambre pour loyer impayé.

* Madame G...

73 ans - divorcée sans enfant - ancienne danseuse.
Déjà hospitalisée en 1966 (2 ans).

Psychose hallucinatoire chronique d'évolution ancienne.

- Délire de persécution assez mal structuré et comportant des thèmes de préjudice et d'érotomanie.

Convaincue d'être traquée par un dirigeant de l'O.R.T.F. qui agit par dépit amoureux et a monté contre elle un complot où

où entrent pêle-mêle les employés de la Régie Renault, les collaborateurs, les antisémites.

Hallucinations psychosensorielles très actives essentiellement auditives : voix injurieuses et menaçantes. Syndrome d'automatisme mental. Surveillance par des micros et des caméras. Commentaire des actes.

* Mademoiselle L...

43 ans - Célibataire (vit. maritalement) - aide-soignante.
Première hospitalisation.

- Délire de persécution et d'influence mal systématisé à mécanisme hallucinatoire et interprétatif.

Elle est victime d'une secte sexuelle, "une troupe Satanique a mis des mauvais esprits sur elle".

Hallucinations polysensorielles. Elle entend des grossièretés ayant rapport à la sexualité, perçoit des attouchements à distance, des courants chauds ou froids autour d'elle.

Interprétations multiples : on est entré chez elle pour la voler et faire des dégradations ; tableaux écornés, cornes à la statue de Sainte-Thérèse. Syndrome d'automatisme mental. Télépathie à distance "on prend mes pensées, on les influence, voulait fuir ses persécuteurs en Australie, mais a renoncé à ce projet à cause "de ses idées qui ont été captées".

* Mademoiselle B...

66 ans - célibataire - employée de maison - ancienne cuisinière
Déjà hospitalisée en 1961.

Psychose hallucinatoire chronique.

- Délire à thème persécutif et de préjugices à mécanisme hallucinatoire et interprétatif de systématisation pauvre. Hallucinations auditives et cénesthésiques. Syndrome d'automatisme mental

"on disait que j'étais une voleuse, qu'on allait me jeter en prison.

Sensation de courant électrique mis à distance par un voisin (un médecin: son principal persécuteur) qui captait en même temps sa pensée. Commentaire des Actes. Sentiment d'agir pour le compte d'une autre personne.

Thème de préjudice associé. "On lui a fait attraper la jaunisse", "on bavarde sur elle dans l'immeuble depuis longtemps. On est entré chez elle pour lui voler ses économies.

Mobile de cette persécution : "Pour me faire partir, pour me prendre mon logement".

* Mademoiselle G...

60 ans - célibataire - employée de maison
Déjà hospitalisée en 1958.

Psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis plusieurs années.

- Idées délirantes de persécution et d'influence mal systématisées avec automatisme mental.

Des voix injurieuses lui proviennent de son réveil (qu'elle enferme dans une valise ou dans une armoire). Dialogue avec ses voix. Pense qu'il s'agit d'un algérien faisant de la magie. Commentaire des actes. Ordres impératifs. Echo de la pensée. Parfaite conscience de la morbidité des troubles. Parle de "la maladie des voix" dont elle demande à guérir.

* Madame F...

76 ans - veuve - trois filles dont une schizophrène - sans profession.

Première hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis une trentaine d'années et compatible jusque là avec une vie familiale. Une recrudescence délirante a déterminé quelques interactions avec son entourage et son internement.

- Délire à thème majeur d'influence démoniaque.

Hallucinations cénesthésiques et visuelles. Syndrome d'automatisme mental. "C'est toujours le même démon... il me veut du mal, il sait ce que je pense... Il cherche à me diriger."

* Mademoiselle H...

56 ans - Célibataire - vit chez une de ses soeurs - sans profession.

Hospitalisée en 1964.

Psychose hallucinatoire chronique à thème prédominant d'influence et de possession démoniaque.

- Riche cortège hallucinatoire en particulier auditif et cénesthésique. "Je suis prisonnière de mes voix et ne peux les abandonner", a ressenti le contact ineffable du Sacré-Coeur. Perçoit continuellement le contact des parents, son père en particulier.

Syndrome d'automatisme mental et possession démoniaque : les démons lui ont fait perdre la mémoire, ils lui envoient des douleurs, ils lui prennent sa pensée. "Ils sont dans ma pensée".

* Mademoiselle W...

43 ans - célibataire - une fille - employée de maison (bonne à tout faire).

Hospitalisée en 1964.

- Délire de persécution, mal systématisé, à mécanisme hallucinatoire et interprétatif.

Persuadée d'être la victime d'un complot ourdi par sa patronne et des voisins. On a essayé de l'empoisonner en mettant de la sur sa nourriture. Ses lèvres et ses mains blanches en témoignent. Commentaires des actes, hallucinations injurieuses, attitude d'écoute.

* Mademoiselle F...

68 ans - célibataire - employée de maison (femme de ménage)
Hospitalisée en 1959 et 1960.

- Délire de persécution et d'influence assez mal systématisé à mécanisme essentiellement hallucinatoire.

Hallucinations très actives, auditives : entend des murmures, la voix de quelqu'un provenant du plafond. Olfactives : Sent des odeurs bizarres venant de la cuisine. Cénesthésiques : a l'impression qu'on lui tire sur toutes les parties du corps, qu'elle reçoit des coups la nuit. Ressent des fluides un peu partout sur son corps.

Syndrome d'automatisme mental, avec sentiment d'une action extérieure : "on me gouverne, on m'empêche de travailler, on cherche à lire ma pensée".

* Madame P...

55 ans - veuve - employée de maison
Première hospitalisation

Psychose hallucinatoire chronique d'évolution ancienne.

- Délire mal systématisé à thème de persécution à mécanisme hallucinatoire. Ebauche d'automatisme mental.

Ses persécuteurs se moquent d'elle par la radio. Il s'agit d'artistes de la radio qui la poursuivent, avec l'aide de quelqu'un du Ministère de l'Intérieur.

Une bande magnétique enregistre tout ce qu'elle dit, on commente ses actes. Conviction d'être volée par ses voisins. Sthé-
nie délirante. Plainte au commissariat. Nombreux incidents dans
son immeuble.

* Mademoiselle P...

56 ans - célibataire - employée de maison - femme de ménage.

Première hospitalisation

Psychose hallucinatoire chronique.

Délire assez mal systématisé à thème persécutif et à mécanisme
hallucinatoire.

Hallucinations auditives et cénesthésiques. Syndrome d'Automa-
tisme mental et d'influence.

- D'anciens patrons la font surveiller et l'empêchent de tra-
vailler. "Je suis empêchée, ils me tiennent".

Reproches incessants, injures, menaces.

Sensation d'électricité sur tout le corps.

Commentaire des actes.

* Mademoiselle N...

48 ans - célibataire - portugaise - en France depuis deux ans -
employée de maison.

Première hospitalisation en France.

Psychose hallucinatoire chronique.

- Délire de persécution avec thème de préjudice et érotomaniaque
intriqués. Interprétations et hallucinations multiples.

Conduite agressive envers son ancien patron tenu pour persécu-
teur. Conviction délirante d'être l'objet de la part de ce der-
nier d'assiduités imaginaires. Attribue à l'influence maléfique

de celui-ci les rêveries imageantes au cours desquelles il lui apparaît adoptant des conduites érotiques variées à son égard. De plus, elle l'accuse de lui devoir de l'argent en raison de l'insuffisance des gages reçus, et de l'injurier à distance.

Evolution chez une transplantée ayant déjà présenté des troubles mentaux avant sa venue en France.

* Madame H...

62 ans - sans profession.

Première hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique évoluant en période de senescence.

- Délire à thème de persécution, de systématisation relachée.

Hallucinations multiples et éléments interprétatifs.

Entend comme dans un micro des menaces et des injures. A appris de cette façon qu'on voulait faire du mal à sa fille, et kidnapper ses petits enfants.

Légère détérioration mentale.

* Mademoiselle S...

66 ans - célibataire - professeur d'anglais

Première hospitalisation.

Psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis plusieurs années .

- Conviction d'être traquée par les voisins qui l'insultent, la menace et lui envoient des gaz. Elle subit de ce fait un préjudice certain : odeur de désinfectant, vibrationscontinuelles et récemment détérioration d'une décoration florale artificielle placée par ses soins devant sa porte et destinée à en masquer le manque d'agrément.

Les voisins agissent par jalousie, et veulent s'emparer de son appartement. Activité processive (nombreux constats d'huissiers) psychorigidité paranoïaque.

LES DÉLIRES D'IMAGINATION

* Mademoiselle H. ...

53 ans - célibataire - secrétaire

Première hospitalisation.

Délire d'imagination d'évolution ancienne.

- Idées délirantes de filiation à mécanisme intuitif assez bien systématisé. Idées délirantes annexes de persécution.

Elle est le sosie de Jeanne la Folle, et descend ainsi de Charles Quint. Son grand père maternel fils adultérin d'un grand seigneur belge, décédé en 1922 l'a faite sa légataire universelle. Il s'agit d'un héritage fabuleux. Le château de la Brèche à Saint Nom la Brèche, des appartements et des villes sur la côte d'Azur, des propriétés en Belgique... Mais la succession n'est pas réglée car l'héritage fait des jaloux. Sa soeur, les gouvernements français et belge en particulier. C'est presque une affaire d'Etat.

Elle est victime de machination de la part des Wallons : Tentatives d'enlèvement répétées, qu'elle a réussi à déjouer, tentative de meurtre par piqure au curare lors d'une hospitalisation. Elle bénéficie toutefois de hautes protections ; le Baron Jaspart et le Général de Gaulle. Elle vit son hospitalisation comme les conséquences d'un complot familial, mais elle y trouve le bénéfice d'une certaine sécurité contre ses persécuteurs.

Depuis plusieurs mois refus de payer le loyer de son appartement, celui-ci faisant partie de l'héritage, lui appartient en propre.

Elation quand elle évoque sa grandeur cachée et sa fortune prochaine. Refus de sortir de l'hôpital tant que cette "affaire" ne sera pas réglée.

* Mademoiselle D...

64 ans - célibataire - violoniste sur la voie publique (Avenue Mozart).

Première hospitalisation.

Délire d'imagination.

- Idées délirantes de filiation illustre, de grandeur et de persécution à mécanisme intuitif, interprétatif et hallucinatoire. Syndrome d'Automatisme mental.

Thème de filiation.

D'origine étrangère et de haut rang, par la dynastie de son aïeule maternelle. Mally d'Edimbourg - Winnipeg - Herald, elle est citoyenne britannique et a des droits britanniques. Son grand père est Ecossais, mais elle est aussi rattachée par sa famille à l'Irlande par les Windsor-Mally, à l'Australie par les Melbourne-Mally (gouverneur de Melbourne) à l'Inde par les Mally-Forksir - Les Castille-Mally sont des grands d'Espagne qui font partie de sa famille. Elle même est D... Mally.

Mariée en 1923 à un cousin Roumain, De Beer de Watipouche porté disparu lors de la révolution de Bucarest (il était de son côté De Watipouche Yalta par sa mère et de Beer Brilinsky par son père).

- Mégalomanie - persécution.

Propriétaire de plusieurs immeubles, elle en a été volée "par vivisection" par deux organisations : le service d'Espionnage Autrichien et la secte Walachi.

La "vivisection" consiste à s'attaquer par divers moyens au moral comme au physique d'un individu : Par télépathie-magnétisme, "ils peuvent dégrader un individu, s'attaquer à un membre par exemple".

Par trafic-d'influence, "médiurnité" (ou ce qu'elle appelle encore "Tympaniser") ils envoient des paroles, prennent les idées

par plagiat, font faire tout ce qu'ils veulent aux gens.

Par diffamation, humiliation, suppression d'emploi.

Enfin par vol de papier d'identité ou "substitution de personnes".

Elle estime avoir échappé en partie à ses persécuteurs, car elle est très forte cérébralement et de caractère, de telle sorte qu'elle ne s'est pas laissée "influencer" grâce "à sa force surhumaine".

Le mobile de la persécution est "l'intérêt matériel", c'est-à-dire l'appropriation de tous ses immeubles.

CHAPITRE V

COMMENTAIRES

INVENTAIRE DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE
DÉLIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRÉNIQUES

Psychoses Paranoïaques (22)

Délires Passionnels 7
Délires de revendication 6
Délires érotomaniaques 1
Délires de jalousie 0
Délires d'interprétation 9
Paranoïa sensitive 4
Paranoïa d'involution 2

Psychoses hallucinatoires chroniques (27)

Délires d'imagination (2)

Remarques

1°) Il a été relevé parmi les délires de revendication un Délire à deux. C'est que les délires paranoïaques assez cohérents par leur forme systématique, se présentent à l'entourage comme relativement plausibles. D'où leur puissance de conviction ou de contamination. Ici la délirante inductrice, Madame F... "auteur littéraire", mais concierge de son état, fait activement participer à son délire, sa fille, à titre de délirante induite.

Cette dernière convaincue que sa mère est un écrivain de génie, plagiée par les auteurs célèbres rapportait d'ailleurs avec une certaine amertume que "pour sa mère ses écrits sont comme ses enfants, les génies littéraires sont souvent comme ça, ils ne pensent qu'à leurs oeuvres et pas aux autres".

2°) Il n'a pas été retrouvé de délire de jalousie.

3°) Enfin, les deux délires d'Imagination appartiennent tous les deux au Délire à thème de filiation, héritiers des Paraphrénies Confabulantes de KRAEPELIN, et qui selon H. EY trouvent leur place dans le groupe des Délires chroniques systématisés (ancienne Paranoïa) sous le titre de délire imaginatif systématique de DUPRE.

* *

*

ÉTUDE DES PRINCIPAUX THEMES DÉLIRANTS

Généralités

a) Fait remarquable, à la première rencontre avec le malade.

Ce sont les idées et les thèmes délirants qui frappent tout d'abord l'attention. Le thème exprime sous quelle forme d'évènements existentiels les bouleversements des rapports entre le Moi et le Monde sont perçus. C'est en quoi, si le délire ne se réduit jamais au thème, il est sur le plan clinique presque exclusivement thème. Tantôt il s'agit d'une thématique en quelque sorte scénique et confuse comme celle du rêve. (Expériences délirantes, Bouffées délirantes, Schizophrénie..), tantôt il s'agit au contraire de thèmes qui se présentent comme des idées, des événements pouvant être l'objet d'un récit. (Délires chroniques non schizophréniques). Tandis que la schizophrénie se présente comme une sorte d'organisation autistique d'expérience délirante primaire, dans les délires chroniques au contraire ce fond d'expérience délirante est dépassé et submergé par l'élaboration secondaire, idéique, imaginative et réflexive du travail délirant.

b) Déjà COTARD en 1891 dans son livre "De la Folie" faisait remarquer que le délire est une découverte "les créations originales, les découvertes dans les sciences, les productions littéraires et artistiques, ne naissent généralement que dans une intelligence vive stimulée par des émotions profondes. Après un long travail d'incubation, l'idée délirante apparaît d'une manière brusque comme un trait de lumière.

La création délirante est en effet une sorte de découverte. C'est au moins l'enfantement d'une théorie qui satisfait l'entendement et paraît résoudre des problèmes qui sont posés par l'état de sensibilité morale".

c) Les Psychanalystes ont repris et développé cette notion à la lumière de données nouvelles. Dans cette optique en effet "l'activité projective qui aboutit à la formation délirante (thème délirant) réalise la synthèse d'éléments hétérogènes et conflictuels". Nous avons déjà vu que les éléments dont est composé le délire, viennent à la fois des pulsions, des tendances inconscientes et du réel extérieur. Ces différents éléments vont s'associer ou mieux se composer (comme au cours d'une réaction chimique où deux corps purs mis en présence, se composent pour former un corps nouveau). L'idée délirante est, elle aussi, un composé original, un corps nouveau et sa naissance se fait au terme d'une véritable gestation psychique inconsciente (le travail du délire). On conçoit que lorsque ce travail arrive enfin à son terme et que l'idée délirante naît, ce soit pour le malade une sorte de soulagement comparable à celui du savant ou de l'artiste chez qui un travail obscur vient enfin de livrer son fruit. Ainsi dans le délire, plusieurs éléments différents et même étrangers de la vie psychique ont réussi à se prendre en un composé significatif. Alors que le malade était comme suspendu dans l'incertitude et la perplexité, son existence a maintenant repris un sens. On comprend que le délirant ne renonce pas sans peine à cette lumière nouvelle ; ainsi l'idée délirante apporte de nouveau une signification dans un monde qui en était totalement vidé et réintroduit dans celui-ci une structure. Dès qu'elle apparaît l'espace intérieur et extérieur du malade reprend forme, vie et unité. Il y a de nouveau place pour un sujet et pour un objet. Mais le délirant chronique au lieu de se perdre comme le schizophrène dans une pure subjectivité, construit et reconstruit une objectivité qui défie toute logique. Alors que dans un cas la thématique délirante restera contingente fondue dans la masse du vécu schizophrénique, dans l'autre elle arrivera à prendre une certaine importance.

d) Dans une perspective structuraliste, le thème délirant, considéré comme un aspect dramatique de la projection du travail délirant qui sape les rapports du Moi au Monde trouve son articulation dans la dialectique du Moi (en tant que sujet du désir) et du Monde (en tant qu'objet du sujet). Les thèmes typiques ne sont autres que l'expression constituée en "mondanité" de la prise de conscience même du sujet de cette démolition de la réalité qu'est le délire. Ceux-ci figurent habituellement les événements cruciaux correspondant à la multiplicité des noeuds les plus vulnérables et les plus fragiles de la réalité (mort, ambition, Dieu, liberté, intégrité du corps). La source de tous les thèmes délirants, siège dans le conflit perpétuel entre ce qui est et ce que nous sommes au travers des multiples degrés de la croyance. Car ce que nous croyons exister ou être réellement, n'est bien souvent que ce que nous désirons ou redoutons qu'il soit, et en vérité, le délirant ne trouve jamais chez autrui que ce qu'il éprouve ou craint d'éprouver lui-même. Aussi bien est-ce la projection constante du désir du Moi qui est retrouvée dans toutes les altérations dont souffre la réalité du délirant. Le Moi et son désir apparaît comme le dénominateur commun des altérations de la réalité. Le délire bouleverse la réalité en exprimant le déséquilibre introduit par le malade, entre l'image qu'il se forme du réel et le réel, entre le Moi et le Monde. GRIESENGER écrivait à ce sujet "Tous les faux jugements des délirants se distinguent par ceci, qu'ils se sont développés par suite de fausses idées relatives au sujet". Notre système de réalité est en perpétuel équilibre entre deux ordres de valeurs, le sujet et l'objet, le Moi et le Monde, liées par le mouvement même de l'existence (DASEIN).

Nous sommes en tant que nous nous identifions à nous-mêmes, et tout ce qui s'éloigne de nous, tout ce qui n'est pas moi mais seulement mien, se distingue déjà s'oppose à moi et prend

une valeur de réalité objective. De même que ce qui est en "soi" hors de moi, constitue le monde extérieur, le réel dont la dureté, la densité limitent le Moi, et lui résistent, fondent l'objectivité. Mais la réalité constituée dans sa rationalité n'en reste pas moins un "pour soi" dégagé des lois qui régissent le monde physique. Ainsi, cette réalité ne nous est pas donnée dans sa clarté et son objectivité absolues. Elle se conjugue avec nous-mêmes, elle dépend de notre entendement et de notre subjectivité, c'est-à-dire qu'elle est en constante relation entre ce que je désire, ce que je suis et ce qui est.

Toute modification dans la forme ou la structure de notre psychisme va nécessairement altérer les rapports du Moi et du Monde. Ce sont ces altérations qui constituent le délire et ses thèmes délirants.

Le mouvement d'expansion et de rétraction de la vie psychique anime et constitue l'être au monde, et c'est le dérèglement de ce mouvement qui est retrouvé dans la thématique du délire.

- Le mouvement d'expansion du Moi dans la réalité objective, conduit à la mégalomanie. Dans la réalité somatique (le corps) il s'exprime par des thèmes de puissance corporelle. Dans la réalité sociale l'expansion est vécue dans les thèmes de richesse, d'érotomanie. Dans la réalité subjective, elle est à l'origine de thèmes d'inspiration et de possession.
- Le mouvement de rétraction du Moi dans la réalité objective s'exprime par des thèmes de négation. Sur le plan somatique par les thèmes hypochondriaques ou de négation d'organe. Dans la réalité sociale par les thèmes de persécution, de préjudice, de jalousie. Dans la réalité subjective, elle se traduit par des thèmes d'influence et de dépersonnalisation.

LES THEMES DE PERSÉCUTION

- a) Dans toutes les observations, ces thèmes se sont révélés être les thèmes les plus fréquents. Ils se trouvent en effet à la charnière des deux mouvements existentiels du délire en tant qu'ils manifestent une menace dirigée contre le sujet et qu'ils la projettent dans le monde extérieur comme si tout à la fois le sujet était une cible et un point de mire attirant sur lui l'intérêt d'autrui. D'où la fréquence extrême de ces thèmes, comme nous avons pu le vérifier.

C'est à propos du cas SCHREBER que FREUD mit à jour sa théorie "homosexuelle" du délire de persécution. Il vit dans ce cas particulier "la cause occasionnelle du délire dans une poussée de libido homosexuelle ; la lutte contre cette pulsion libidinale produisit le conflit générateur des phénomènes morbides". La projection est ensuite utilisée dans cette lutte et renverse la direction de la pulsion dont la qualité est aussi inversée. (Je ne l'aime pas, je la hais - à quoi succède : ce n'est pas moi qui le hais, c'est lui qui me hait).

D'une façon plus générale la persécution est la forme que la projection délirante fait prendre aux pulsions agressives. Le persécuté non seulement cherche à souvegarder l'existence de son persécuteur, fantasmatiquement menacé par l'agressivité inconsciente qu'il lui porte, en renversant le sens de celle-ci, mais encore il s'assure inlassablement la preuve de cette existence puisque le persécuteur est sans cesse à ses trousses. De plus, les persécutions encourues par le malade lui paraissent légitimer sa propre agressivité. De telle sorte que la persécution est à la fois le prix que le malade paie pour dédouaner sa propre agressivité, et le moyen de se prouver qu'il n'a pas tué l'objet

de cette agressivité, la persécution faisant la preuve de l'existence de l'autre.

b) LES PSYCHOSES PARANOIAQUES.

Les vingt deux observations nous ont offert toutes les formes thématiques du délire de persécution.

- Tous les délires de revendication comportent un coefficient de persécution toujours prédominant.
- Le délire érotomaniac rapporté témoigne également d'une certaine persécution. La participation hallucinatoire du délire se fait sous forme de reproches et la phase de dépit, s'exprime ici à la manière d'une vengeance.
- Les délires sensitifs ont, dans les cas rapportés, pour dénominateur commun la malveillance de l'entourage au point que celle-ci se traduit chez deux de nos malades soit par une réaction de fuite, soit par une claustration avec idée de suicide.
- Les délires d'interprétations nous sont tous apparus comme saturés de l'idée délirante de persécution.
- Enfin, les deux Paranoïas d'involution sont à thèmes persécutifs exclusivement, en l'absence du thème de grandeur classiquement associé.

c) LES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

Sur les vingt sept psychoses hallucinatoires chroniques étudiées il a été retrouvé vingt cinq délires à thème de persécution. C'est que la persécution entre dans la définition même de la psychose hallucinatoire chronique, puisque pour les classiques elle consiste dans le développement d'un délire de persécution soit systématique, soit rudimentaire à partir des données hallucinatoires des sens.

Le thème associé le plus fréquemment retrouvé dans cette catégorie de délirantes s'est révélé être le thème d'influence (neuf fois, dont deux thèmes d'influence démoniaque).

Il a donc pu être vérifié partiellement la remarque faite par SEGLAS lorsqu'il écrivait que "Si ces délirants sont des persécutés, ils sont surtout des influencés", en ce sens que c'est dans l'espace de leur corps et leur pensée que s'exercent les activités hallucinatoires subies comme une atteinte à leur liberté et à leur intimité. Fait assez particulier, la fille d'une de ces délirantes à thème de possession et d'influence démoniaque, hospitalisée dans le service par suite de l'évolution d'une schizophrénie paranoïde exprimait également des thèmes semblables lors de recrudescences délirantes.

d) LES DELIRES D'IMAGINATION

Si dans les deux observations le thème principal est celui de filiation, il s'enrichit chaque fois d'idées délirantes de persécution.

La première est victime d'une machination de la part des Wallons qui veulent l'empêcher d'entrer en possession de son fabuleux héritage.

La deuxième subit la "vivisection" de la part de deux organisations qui veulent entrer en possession de ses nombreux immeubles.

Enfin, un des mobiles de la persécution rapporté par les malades avec une particulière fréquence (dans huit observations) consiste dans le fait que le ou les persécuteurs n'ont d'autre but que de s'approprier leur logement. Nous verrons plus loin que celui-ci est dans la majorité des cas représenté par une pièce unique le plus souvent sans aucun confort.

LES THEMES MÉGALOMANIAQUES

Les idées de grandeur expriment une surestimation de tous les attributs de possession, de puissance et de valeur du Moi. Elles font partie des aspirations humaines les plus communes, émergeant le plus souvent dans la psychologie normale sous forme de rêverie. Toute rêverie met en oeuvre une tendance mégalomaniacale à construire des "châteaux en Espagne". Le libre cours de la pensée se fait dans l'expression à peu près constante d'un désir de puissance, sorte de compensation face à la dure réalité. BOREL au début du siècle signalait déjà cette fonction de soupape mégalomaniacale de la rêverie.

Les anciens auteurs pour leur part avaient remarqué la transformation fréquente chez la plupart des délirants chroniques du monde du persécuté en monde mégalomaniacale. FOVILLE en donnait une interprétation qu'il résumait par le syllogisme suivant : "Si je suis un persécuté, c'est que je suis un personnage important". De fait il ne paraît guère possible d'envisager le thème mégalomaniacale que comme l'un des termes du couple indissociable persécution-grandeur. Celui-ci trouve sa source dans les pulsions libidinales sado-masochistes de la phase pré-génitale, à partir desquelles vont se constituer deux foyers ; l'un d'expansion agressive du Moi, l'autre de retournement agressif contre soi. Telle est alors la profonde dualité structurale de l'être à l'origine des conflits existentiels. Chez l'adulte normal ces forces s'équilibrent, mais elles peuvent subir des variations au gré des circonstances.

Ainsi à cette dualité foncière de l'individu correspond le binôme délirant fondamental auto-accusation (persécution):

MEGALOMANIE

On conçoit quelle profonde parenté unit les thèmes délirants de persécution et de mégalomanie. L'idée de grandeur circule à travers toute pensée délirante, soit à titre d'implication dans le thème principal, soit comme énoncé thématique majeur. Pour comprendre l'épanouissement si fréquent du thème mégalomaniac dans la systématique délirante, il est nécessaire d'envisager que ce thème est déjà impliqué dès la première phase d'évolution. Si le thème de persécution se développe en premier c'est que dans l'expérience délirante initiale (comme dans le rêve) la structure complexe profonde subit encore une certaine censure et reste soumise à une forte répression. Par la suite quand le délire devient la forme même de l'existence, le thème de grandeur peut s'élever comme un chant glorieux. Mais c'est aussi un chant du cygne ; tous les cliniciens reconnaissent le mauvais pronostic d'un tel système délirant.

Les thèmes mégalomaniacques sont apparus comme les thèmes les plus fréquents après les thèmes de persécution et d'influence.

Madame F... est un auteur littéraire de talent, plagiée par les écrivains célèbres du moment.

Madame X... descendante d'une famille noble revendique des biens très importants qui lui reviennent de droit en héritage. Des châteaux, des meubles, un coffre contenant des bijoux et des pièces d'or.

Madame I... possède un don, un certain pouvoir de faire le bien, "comme les médecins".

Madame H... descend de Charles Quint et doit recevoir un héritage fabuleux si elle n'était en butte aux persécutions du gouvernement Belge Wallon. Elle doit hériter de son grand père fils adultérin d'un grand seigneur belge, d'un château, d'appartements et de villas sur la côté d'Azur, de propriétés en Belgique.....

Madame D... de filiation illustre par la dynastie de son aïeule maternelle Mally d'Edimbourg; elle est propriétaire de plusieurs immeubles, et douée d'une force surhumaine ce qui lui a permis d'échapper aux maléfices de ses persécuteurs.

Naturellement c'est dans les délires d'imagination, comme dans les deux dernières observations étudiées à thème central de filiation que la mégalomanie constitue une dimension fondamentale. Ce qui caractérise en effet ces délires c'est que précisément les idées de grandeur coulent de source sans fin et sans frein. Elles submergent tout le délire et trait également caractéristique elles se superposent au monde réel, de telle sorte que le sujet vit deux mondes, celui de la réalité avec ses dimensions étroites et celui de la fiction dont l'expansion se fixe dans des thèmes, de toute puissance de filiation illustre, ou de richesse infinie.

ÉTUDE EN FONCTION DE L'ÂGE

L'âge moyen du groupe étudié est de 58 ans.

76 % se situent dans une échelle d'âge comprise entre 50 et 70 ans, soit en pleine période d'involution.

L'importance statistique de l'involution dans le déclenchement des troubles psychiques ne peut faire attribuer nécessairement leur apparition à un affaiblissement des fonctions les plus élevées. En effet, plus tard à un âge avancé de vieillesse, alors qu'un incontestable affaiblissement intellectuel se manifeste, même s'il est léger, beaucoup ne présentent aucun trouble pouvant être considéré comme psychopathique. Si des facteurs biologiques indéniables peuvent être retenus il est intéressant de savoir en quoi ceux-ci affectent l'individu. On a invoqué la poussée libidinale qui précède la ménopause et qui serait en relation avec une exacerbation des fonctions ovariennes avant leur déclin. Ultérieurement ce déclin marque la fin de la fonction des organes génitaux provoquant "une régression qui fait passer la femme au stade pré-génital de la vie sexuelle. C'est d'ailleurs par cette régression que FREUD explique "l'étrange modification souvent subie par le caractère des femmes après leur renonciation à la vie génitale". En fait cette renonciation et l'obligation de s'y soumettre, subissent d'assez grandes variations grâce à un facteur particulièrement important et qui ne fait pas seulement entrer en jeu des considérations psychanalytiques de frustrations libidinales ou narcissiques. Il a été en effet remarqué que ce sont les femmes le mieux intégrées dans une activité professionnelle et sociale qui supportent le mieux ce changement. Nous verrons par la suite qu'il ne s'agit précisément pas du cas de la plus grande partie des malades étudiées.

SOLITUDE ET DÉLIRE

Nous avons été frappé par la très forte proportion de déli-
rantes dont les conditions affectives et matérielles témoignent
d'un isolement certain. La plupart vivent seules. Nous avons en
effet dénombré sur l'ensemble étudié :

Célibataires	22
Divorcées ou séparées	10
Veuves	9
Mariées	5
Situation non précisée	5

On retrouve là un aspect important de la psychopathologie
sur lequel a débouché la recherche phénoménologique quand elle
a essayé de dégager la caractéristique essentielle de l'exis-
tence délirante. Sous cet angle c'est l'ensemble de l'existence
qui est prise dans le délire, et celui-ci n'est qu'une expres-
sion parmi d'autres de l'altération globale du "Dasein" de
l'être dans le monde. Le délire apparaît comme une tentative de
rassurance et de redétermination de la personnalité ébranlée
par quelques catastrophes existentielles. La notion de solitude
et d'esseulement est indiquée formellement comme le motif fon-
damental de la formation du délire dans nombre de travaux de
phénoménologie. Le délire est ici spécifié comme une tentative
de renouer contact avec le milieu, de rétablir une continuité,
celle de la coexistence. C'est ainsi que le principe du délire
de persécution a pu être formulé de la façon suivante. "Plu-
tôt combattre ou souffrir du monde entier que d'être seul".
(KAHN).

Cette formulation se rapproche étonnement des formulations
analytiques se rapportant à la dynamique du délire telle que

l'ont décrite NACHT et RACAMIER. L'analyse des états initiaux ou matriciels du délire, classique depuis MOREAU de TOURS (le fait primordial) et JASPERS (Humeur délirante) a mis en évidence l'importance de l'angoisse et le bouleversement complet du psychisme qui accompagnent ces états. Il s'en suit un passage des pulsions, naguère liées entre elles par et à travers les objets qu'elles investissaient, à l'état libre et flottant. "L'envahissement du champ psychique déstructuré par la masse flottante des pulsions désinvesties déterminent l'énorme angoisse qui prélude au délire". Devant l'angoisse déterminée par l'irruption des pulsions déliées de toute attache, le malade cherche d'abord à lier et à réintégrer ces pulsions. Mais les peurs inconscientes qui l'obligèrent à désinvestir ses objets ne cessent pas de les empêcher de les réinvestir. Le malade ne trouve d'autre solution que de reporter sur lui-même les investissements pulsionnels. C'est la phase de repli narcissique du délire. Celui-ci ne produit pas la guérison mais atténue le chaos qui le précédait. "Le blocage sur la personne du malade de l'ensemble de ses investissements pulsionnels, rend au monde vécu des rudiments de vie et de structure, mais ne restaure pas le monde objectal en tant que tel". Ce retour au sujet des tendances libidinales ou agressives antérieurement libérées conduit en général à une phase hypochondriaque. Mais la concentration narcissique des investissements est elle-même angoissante et douloureuse et le malade ne peut tenir longtemps à la position hypochondriaque.

"Il apparaît que le délirant est tout aussi incapable de supporter le retour sur lui-même de ses pulsions que de les garder à l'objet". Il va s'orienter de nouveau vers le monde objectal, et "c'est dans cet essai de reconquête de l'objet qu'il va rencontrer le délire". Mais le chemin de l'objet est chez lui mal tracé et inconsciemment dangereux. Pris entre l'investissement objectal et l'investissement narcissique, le

malade cherche un intermédiaire, un aménagement, et le trouve dans la relation délirante. Il faut remarquer ici que si le malade cherche à reprendre le chemin de l'objet, ce n'est pas seulement parce qu'il doit fuir la position "narcissique" inconfortable, c'est aussi "parcequ'il y est poussé par le besoin toujours présent et toujours pressant de trouver enfin l'objet qu'il n'a cessé de chercher en vain depuis qu'il vit". Plutôt délirer qu'être seul "telle est selon NACHT et RACAMIER la formule dynamique fondamentale du délire.

RÉPARTITION DES DÉLIRES EN FONCTION DE LA PROFESSION

I - Nous avons pu établir LE TABLEAU suivant :

		Psychoses paranoïaques	Psychoses hallucinatoires chroniques	Délire d'Imagination
sans profession	17	13	4	
Employées de Maison	20	3	17	
Secrétaires	4	3		1
Couturière	1		2	
Concierge	1	2		
Employée R.A.T.P.	1		1	
Assistante sociale	1		1	
Assistante dentaire	1	1		
Aide soignante	1		1	
Professeur	1		1	
Musicienne	1			1

Il ressort de ce tableau un certain nombre de remarques.

1 - La répartition en trois groupes professionnels :

- . le premier regroupe un ensemble assez hétérogène correspondant aux sujets sans profession, auquel il faut ajouter les retraitées ou celles dont la profession n'a pu être précisée. L'ensemble représente 17 malades.
- . le deuxième plus homogène correspond aux employés de maison, cuisinières, femme de chambre, bonne à tout faire et femme de ménage. Il représente le contingent le plus important : 20 malades.
- . le troisième constitué par des professions diverses, représente 14 malades.

2 - La plus grande proportion chez les sujets appartenant au premier groupe de Psychose paranoïaque (13) alors qu'inversement dans le deuxième groupe on note une prédominance de Psychose Hallucinatoire chronique (17).

3 - Surtout le fait le plus marquant est la très forte proportion d'employées de maison sur l'ensemble de ces délirants. Bien que la sectorisation du service corresponde à un arrondissement où l'indice de domesticité reste encore élevé ou bien que le recrutement dirigé de façon préférentielle ces malades vers l'hôpital psychiatrique, on ne peut manquer d'être frappé par la prédominance de cette catégorie professionnelle. Pareille constatation nous a conduit à étudier parallèlement le travail que L. LE GUILLANT faisait paraître en 1963, sur les incidences psychopathologiques de la condition de bonne à tout faire.

II - LE POINT DE DEPART DE CE TRAVAIL A ETE LA CONSTATATION
D'UNE FREQUENCE ANORMALE DES BONNES A TOUT FAIRE PARMI
LES PENSIONNAIRES DE SON SERVICE.

- 1 - Le chiffre des malades internées de la catégorie bonne est de 8,6 %, tandis que dans la population du département de la Seine elle ne figure que pour 4,2 %, c'est-à-dire dans un rapport du simple au double.

De nombreux travaux étrangers signalent cette fréquence particulière des troubles mentaux chez les domestiques, et ESQUIROL trouvait déjà en 1838, seize cuisinières et cinquante et un domestiques sur 245 malades dans son service de la Salpêtrière.

Il faut citer enfin l'important travail de O. ODEGAARD concernant les taux d'admission par âge pour les femmes célibataires non salariées et pour les domestiques. Sa conclusion en est que "pour tous les groupes d'âges, les domestiques ont une morbidité beaucoup plus élevée, en dépit du fait que nombre de jeunes femmes restent à leur foyer en raison d'un handicap physique ou mental".

2 - Les conditions socio-économiques

- du "choix" de la profession.

Un argument plus ou moins explicitement formulé au sujet des employées de maison, malade ou non est celui d'une infériorité native, insuffisance intellectuelle en particulier, déséquilibre, voir névrose d'échec capable de rendre compte de leur condition et secondairement de leurs troubles mentaux. Une recherche approfondie montre qu'en réalité il n'y a pas de différence bien significative avec un échantillon de femmes d'âge analogue, issues d'un même milieu. Tout au plus apparaît une certaine infériorité scolaire des bonnes, etsurtout

des bonnes malades. Cette recherche confirme que ces jeunes femmes qui ont choisi cette profession ne sont pas handicapées sur le plan intellectuel par rapport à celles issues des mêmes milieux. On aurait pu s'attendre étant donné leur origine bien souvent rurale à trouver un décalage plus sensible entre les bonnes et la population moyenne. Ainsi, l'affirmation globale d'une sorte de tare fondamentale des employées de maison (qui n'est pas sans rappeler celles attribuées à de multiples races, populations ou catégories sociales) ne résiste pas à un examen objectif. Ce racisme social prend parfois des formes d'une agressivité surprenante dans les rapports maître serviteur quand ce n'est pas dans les certificats de placement, faisant bien souvent état d'une débilité mentale plus postulée que démontrée.

En dehors de certaines difficultés dans la jeunesse (orphelinat) qui rendent compte au moins pour une part de l'obligation de se placer, le déterminisme du choix de la profession est avant tout socio-économique : familles nombreuses, condition d'existence pénible, forte densité de population, réduction de la main d'oeuvre, absence d'industrie... Bref, c'est une certaine catégorie sociale, dont les possibilités de travail offertes à ses descendants ne sera bien souvent que de "monter en ville" pour se placer, qui fournira un important contingent d'employées de maison.

- La transplantation

Nous venons de voir que les futures bonnes à tout faire, ne sont pas sensiblement différentes au départ des futures vendeuses, ouvrières d'usine ou infirmières. Tout au plus elles appartiendraient davantage à des milieux ruraux et très traditionnalistes. L'écart entre les structures du milieu originel et celles dans lesquelles elles vont vivre et

travailler joue un rôle primordial. De nombreux troubles vont naître des contradictions entre les conduites passées et présentes et des conflits qui vont en résulter. Comme chez tout émigrant se pose le problème déterminant de la pénétration dans un monde plus ou moins ignoré de jugements, d'attitudes et de conduites souvent contradictoires avec les structures fondamentales édifiées tout au long de leur enfance.

- La situation matérielle

Sans insister sur la nature et la durée du travail demandé il faut rappeler les conditions de logement qui ne visent pas seulement à réaliser des économies, mais plus ou moins obscurément une certaine discrimination. C'est pourquoi non seulement la réalité de la plupart des chambres de bonne, mais l'expression qui les désigne ont pris comme bien d'autres termes qui dépeignent leur condition, un caractère péjoratif. Une enquête faite par le Docteur HAZEMANN sur le cubage des chambres de bonne des "beaux quartiers" a montré qu'il était bien souvent inférieur à celui exigé par les règlements des caveaux funéraires.

3 - Les conditions psycho affectives

- La notion de "situations dominantes".

Cette notion introduite par L. LE GUILLANT dans son analyse est applicable aux employées de maison ici étudiées. Il s'agit de situations pesant si lourdement sur une existence, qu'il est impossible à celui qui s'y trouve soumis de se soustraire entièrement à son influence. La prépondérance, la pression qu'exerce de pareilles situations, ordonne autour d'elle les relations humaines, les sentiments, les conduites et les conflits.

C'est être par exemple Algérien aujourd'hui à PARIS, Pupille de la nation, instituteur, homme à tout faire....

Ces situations ne sauraient suffire à tout expliquer. Mais elles posent à ceux qui les vivent des problèmes semblables dans une grande mesure, auxquels ils peuvent donner des solutions différentes, mais que parfois ils ne parviennent ni à résoudre ni à surmonter, et qui les troublent alors plus ou moins profondément.

Le premier sentiment éprouvé, sinon toujours clairement exprimé est le ressentiment, dont le sens s'est déplacé de tout ce qui était action de ressentir, pour ne plus désigner que le souvenir des outrages. "Dans cette comptabilité du donné et du reçu, aussi bien humain que matériel, le bilan des frustrations que chacun établit par rapport au monde et aux autres est particulièrement lourd chez les domestiques et entraîne presque toujours le "ressentiment". Celui-ci s'alimente à des épreuves morales et physiques ainsi qu'à des frustrations multiples. Mais il demeure souvent interdit, inavoué, longtemps combattu par les règles morales. Il peut être mêlé de sentiments contradictoires qui portent au contraire l'employée vers le foyer où elle vit et travaille. (DAUMAZON signalait à ce propos les relations homosexuelles inconscientes de la bonne à sa patronne). Parfois fixé sur certains personnages, le ressentiment s'adresse avant tout à la condition de domestique autrement dit à cette classe sociale à laquelle elles appartiennent par la fortune, la qualité et les emplois. Bien de nos malades pourraient dire ce que dit la Bonne du Square de Marguerite DURAS:

"Ce n'est pas un métier que le mien, on l'appelle ainsi pour simplifier, mais ce n'en n'est pas un. C'est une sorte d'état, d'état tout entier comme par exemple d'être un enfant ou d'être un malade".

La littérature est riche d'exemple illustrant ce sentiment parfois assez intense pour se transformer en haine.

SWIFT dans son "Instruction aux Domestiques" pousse au point le plus extrême l'expression de ce ressentiment. Son livre n'est qu'un inventaire des moyens par lesquels les domestiques peuvent "non seulement se défendre, résister à l'oppression se soustraire à des travaux et servitudes diverses, se solidariser avec d'autres serviteurs contre le maître, se procurer quelques bénéfices et se donner un peu de bon temps, mais bien davantage ceux qui lui permettront de satisfaire symboliquement leur agressivité; Tel parmi tant d'autres cette instruction à la nourrice.

"S'il vous arrive de laisser tomber l'enfant et de l'estropier ayez soin de ne pas l'avouer et s'il meurt tout est sauvé".

Ceci conduit à rappeler les actes criminels, rêvés, conçus et parfois exécutés par les domestiques. Le cas des soeurs Papin reste un exemple célèbre de criminalité ancillaire. En 1933 Christine et Léa Papin, toutes deux bonnes dans une famille bourgeoise du Mans massacrèrent et apparemment sans raison leurs deux maîtresses. Leur geste illustre au moins deux ordres de faits :

- La force des sentiments hostiles dont l'existence explique qu'ils puissent atteindre profondément et susciter d'intenses contradictions chargées de culpabilité chez celles qui les éprouvent.
- La fréquence de la scotomisation de la condition de serviteur dans ce qu'elle peut avoir de pathogène, avec le refoulement dans une sorte d'inconscient social des problèmes posés par la dénomination et la servitude.

La véritable origine du crime des soeurs Papin est la haine passionnée qu'elles vouaient à leur maître. Elles ne purent en prendre une conscience claire pas plus que les experts chargés de l'affaire qui parlèrent alors d'Hystéro-Epilepsie. Elles reconnurent leurs actes mais non les sentiments qui les ont provoqués. "Il y a là un début de connaissance des mécanismes qui font de tout domestique non plus des criminels mais des malades". Mais le plus souvent si le conflit ne prend pas cette ampleur c'est qu'il existe des petits moyens qui limitent considérablement dans la pratique l'intensité des conflits et par là même les manifestations psychopathiques : faire danser l'anse du panier, cracher dans les plats, et surtout la possibilité de donner ses huit jours quand elles en ont assez.

- l'amertume souvent profonde est aussi presque constamment retrouvée. "Travailler chez les autres, c'est le dernier des métiers" nous disait l'une d'elle. Cette formulation très simple dit pourtant l'essentiel. C'est la condition de bonne dans ce qui la fonde socialement et dans ce qu'elle a par suite d'irréductible qui est en cause, bien plus que les individus particuliers qui la vivent.
- l'humiliation est un sentiment dominant et comme la donnée première du vécu de leur existence. Elle tient à la dépendance et à la soumission. Mais également au langage auquel la bonne doit recourir, à l'éloignement et le dédain dans lequel elle est plus ou moins tenue, à son costume véritable symbole de son état; "tout un ensemble qui marque une condition caractérisée par une profonde dévalorisation de la personne qui doit l'assumer." A ceci s'ajoutent les termes inombrables, servant à désigner la profession, argotiques ou non, et qui sont autant d'insultes provoquant l'humiliation. Ainsi se produit souvent un phénomène d'accumulation, une intensification progressive d'un sentiment qui envahit peu à peu

l'individu tout entier pour aboutir un jour à l'occasion de circonstances en apparence fortuite à la violence ou à l'angoisse de cette violence imminente. Max SCHELLER parlait à ce propos de cette "exaspération obscure, grondante, contenue et indépendante de l'activité du Moi, qui engendre peu à peu une longue rumination de haine ou d'animosité, sans hostilité bien déterminée, mais grosse d'une infinité d'intentions hostiles.

- La solitude est un élément déterminant retrouvé chez la plupart de nos malades. La solitude reste sans conteste le dénominateur commun des principales situations pathogènes. "Quand on est bonne, on a du travail par dessus la tête et on est toute seule" disait l'une d'entre elle.

Ou encore comme le dit la bonne du Square : "Seule, toujours seule. Ce soir ils reçoivent quelques amis comme tous les jeudis. Je mangerai du gigot dans la cuisine au bout du corridor". L'isolement mécanisme pathogène essentiel selon HARE, est bien en effet la donnée fondamentale vers laquelle converge de multiples travaux non pas bien sûr celui qui résulte de troubles psychopathiques mais celui qui résulte des circonstances. Et d'une façon générale cette donnée est valable pour les émigrés, les transplantés et tous les individus qui par la race, la culture et la façon de penser et d'agir sont "étrangers" au milieu dans lequel ils sont appelés à vivre. Cependant, la solitude en quelque sorte matérielle ne constitue pas le tout de l'aliénation. Celle-ci ne paraît pas en effet résulter seulement de l'état de fait dans lequel l'individu est placé, mais bien davantage de l'altération de sa relation aux autres. C'est qu'il s'agit avant tout d'une solitude existentielle bien souvent majorée par l'attitude de certains employeurs comparables sur bien des points à celle du colonisateur envers le colonisé :

Si l'employée ne vient pas un matin il ne dira pas "Qu'elle est malade ou qu'elle triche, ou qu'elle est tentée de ne pas respecter un contrat abusif". Il affirmera "qu'ils sont tous les mêmes, qu'on ne peut pas compter sur eux". Il refusera d'envisager les événements personnels particuliers de la vie de son employée. Cette vie sans spécificité ne l'intéresse pas, elle n'existe pas comme individu. Aspect essentiel de la condition d'employée de maison, l'aliénation devient à la limite une néantisation de leur être personnel. Devenues objet au foyer où elles se trouvent à la fois présentes et étrangères, nécessaires et rejetées. Comme le dit la bonne du Square "Monsieur chez qui je sers, je crois bien qu'il ne m'a jamais regardée, qu'il me reconnaît sans m'avoir jamais vue".

- La contradiction de sentiments naturels. La première attitude est un mélange de soumission et d'identification à l'égard de la famille où l'employée de maison vient de rentrer. La soumission est celle qu'elle avait jusqu'alors devant ses parents ou ceux qui incarnaient les valeurs morales de son milieu. L'identification naît naturellement vis-à-vis de ces substituts d'autant que l'employeur reste encore le plus souvent à ses yeux porteur des valeurs qu'on lui a appris à respecter (valeurs morales étant confondues comme on sait).

Progressivement même des sentiments très vifs pourront être éprouvés surtout à l'égard des enfants. Mais la nécessité interne de la situation finit toujours par l'emporter. "C'est que la dialectique universelle du maître et de l'esclave noue un drame obscur et profond qui trouve son origine dans l'impossibilité d'accepter la servitude comme état". Le ressentiment répond à l'injustice et la frustration, l'admiration à l'envie et à la jalousie. Enfin l'identification impossible engendre la haine et l'angoisse de la

haine. Ainsi des sentiments violents, confus, contradictoires s'ordonnent autour d'une souffrance affective fondamentale dont le terme aliénation peut seul rendre compte.

4 - Les circonstances déclenchantes.

Quelles circonstances particulières précèdent l'apparition des troubles. Il est difficile de les saisir et encore plus de les incriminer avec certitude ; cependant à travers de nombreuses observations un certain nombre de faits objectivement ou symboliquement éprouvants apparaissent souvent dans un rapport assez étroit avec la survenue des troubles.

- Les incidents de la vie affectivo-sexuelle sont particulièrement déterminants "liés ou non à l'isolement à la condition de domestique, aux besoins de compensation qu'elle entraîne, ils conduisent à de brèves rencontres, aventures et liaison passagères, à des déconvenues multiples et des grossesses". Surtout ces conduites se situent dans un registre bien particulier. "On se croit tout permis avec nous, disent-elles souvent" et le partenaire se refusera le plus souvent à épouser une bonne.

"L'inconduite, sa tentation, ses risques et ses conséquences engendrent la culpabilité, accrue par le blâme virtuel du milieu familial, la personnalité antérieure, la force de valeurs morales et les interdits du milieu originel, l'accouchement, l'avortement provoqué entraîne le remords, l'inquiétude, le découragement, l'épuisement, l'insomnie et une altération souvent profonde de l'état physique. Ils peuvent précéder l'apparition de troubles mentaux épisodiques, mais surtout déterminer une blessure irréparable amorçant une véritable démolition progressive de leur personnalité qui s'exprimera parfois longtemps plus tard, après de nombreux avatars dans une psychose grave".

- La situation vitale du vieillissement. - Sur l'autre versant de cette existence, se situent en effet les problèmes posés par le vieillissement. La ménopause ici plus qu'ailleurs est vécue de façon dramatique. Et c'est un fait que beaucoup de manifestations psychopathiques se situent à cette période comme nous avons pu le constater. Si certaines s'enfoncent dans des états dépressifs exprimant un découragement sans fond, d'autres trouvent refuge sur le plan délirant ou transparaît encore dans la thématique de persécution la fierté de leur mérite et de leur vertu.

"Je suis propre et régulière", "ils m'en veulent parce que je suis honnête, française et propre", nous disait cette autre.

L'angoisse de la solitude, de la vieillesse et du dénuement n'est souvent que trop justifiée chez elles d'autant que se pose après renvoi, départ ou décès le problème de reclassement difficile à cet âge "on m'a dit au Bureau de placement que j'étais trop âgée, ça m'a fait un choc" rapportait l'une d'elle.

5 - ESSAI DE CONCLUSION

Il reste à comprendre, comment s'opère le passage de la situation concrète, à la souffrance morale, au conflit intérieur, à l'angoisse, puis au trouble proprement dit. Comment comprendre ces corrélations, cet enchaînement, qui pose en réalité le difficile problème de l'étiologie des troubles mentaux. Selon L. LE GUILLANT, admettre avec H. EY que les maladies mentales comportent une destruction plus ou moins profonde de la conscience, une altération fonctionnelle de l'appareil psychique, c'est rendre inaccessible, une appréhension directe du trouble mental. Pour JASPERS la compréhension

génétiq ue des troubles mentaux concerne aussi bien "tout ce qui les a préparé ou précédé et demeure accessible tant à la conscience de l'individu qu'à l'observation du médecin". Pour l'auteur la "compréhension" immédiate des troubles pourrait se réduire à certains facteurs rapportés ici de façon nécessairement trop schématiques.

" Les conflits, la culpabilité et l'angoisse habituellement liés aux pulsions conduites et traumatismes sexuels", la vie sexuelle étant l'objet d'interdictions parentales et sociales les plus sévères. Mais elle n'est pas la seule condamnée, car elle ne résume pas à elle seule toute la vie éthique. Le conflit moral ne saurait être réduit à la seule répression de la libido. Il faut également tenir compte des contraintes opposées à la spontanéité et à toute une hiérarchie de conduites, défendues, blâmées et sanctionnées, dont la transgression conduit à la culpabilité. Ainsi la peur vient tout de suite après la haine. En tout cas, la frustration, l'humiliation, le ressentiment sont liés à une situation actuelle concrète et ne paraissent guère devoir être rattachées à des forces affectives indifférenciées ou à un petit nombre de "situation primitive".

La transplantation quand elle existe, déterminant un conflit entre les nouvelles conditions de vie, les rapports sociaux actuels et les anciennes superstructures sociales, morales et religieuses, d'autant plus qu'il s'agit d'une transplantation à partir d'un milieu homogène et particulièrement attaché aux traditions.

- L'infériorité, la dépendance, la fatigue jouent également leur rôle.

- La dialectique permanente du maître et de l'esclave, celle de l'offense et de l'humiliation, en opposition avec la dignité humaine attachée à la nature de l'homme et que rien ne peut étouffer.
- Enfin, il semble que l'on doive retenir, bien moins que des circonstances particulières, l'ensemble de l'histoire de l'individu. Histoire née de leur condition, faite d'aventures et d'incidents répétés, de vaines tentatives pour "s'en sortir", de déceptions, d'épreuves et de déboires accumulés. D'autres bien sûr en sont également chargés, mais rarement d'un poids si lourd.

III - EN COMPLEMENT de cette illustration de la théorie sociogénétique des troubles mentaux, il nous a paru intéressant de situer rapidement l'abord psychanalytique de l'accablant problème de l'étiologie des maladies mentales. L'orientation récente d'un grand nombre de psychanalystes vers l'étude des psychoses, jointes à celles qui en avait été faite dès l'origine par FREUD lui-même, confirme que les circonstances de déclenchement des troubles ne diffèrent pas essentiellement dans le cas des névroses et des psychoses. Il s'agit toujours d'un changement, d'une remise en question du sujet avec l'autre et conjointement d'un changement ou d'un obstacle dans la réalisation de l'image de soi vers laquelle tend le sujet. Comme pour les névroses, une prédisposition créée par les circonstances de la vie infantile intervient. Ici aussi la relation du sujet à autrui a régressé à un mode archaïque de relation objectale, ou bien elle ne l'avait dépassé qu'apparemment. On sait que ce mode de relation archaïque est plus régressif dans les psychoses que dans les névroses, et que les contenus inconscients se manifestent d'une façon très différente dans les deux cas. Bien que le degré de régression puisse rendre compte en partie de ce fait, il faut

semble-t-il faire intervenir d'autres facteurs pour expliquer cette différence. C'est ici qu'interviennent plus ou moins explicitement les mécanismes se référant à la notion du Moi. Pour FEDERN en particulier "le trouble essentiel de la psychose consisterait en une baisse ou une perte de l'investissement du Moi et de ses frontières". LACAN pour sa part résume aussi son opinion "Pour que la psychose se déclenche, il faut que le nom du Père, VERWORFEN, forclos, c'est-à-dire jamais venu à la place de l'Autre, y soit appelé en opposition symbolique au sujet".

Quoiqu'il en soit certains des "cinq psychanalyses" comportaient déjà des chapitres consacrés aux circonstances déclenchantes. Ainsi l'Homme aux rats "mentionna un jour un événement dont FREUD put reconnaître immédiatement qu'il était la cause occasionnelle de la maladie. Sa névrose se déclencha en raison du conflit dans lequel il se trouvait à propos d'un mariage éventuel qui nécessitait un choix entre, épouser une fille riche (assimilée à sa mère elle-même riche) ou rester fidèle à son amie pauvre. Or ce conflit s'était produit également chez son père. En effet, celui-ci après avoir courtisé une jeune fille pauvre mais jolie, avait finalement épousé la mère du sujet, fille d'un riche industriel dont il était l'employé." Par sa maladie, écrit FREUD, le patient échappa à la tâche de résoudre ce conflit dans la réalité."

Dans "un cas de Paranoïa qui contredisait la théorie psychanalytique de cette affection", FREUD donne un exemple caractéristique de développement psychotique provoqué par un essai de sexualité chez une femme de trente ans n'ayant jamais eu de relations sexuelles. Enfin, dans le fameux cas SCHREBER on sait comment il étaya ses conceptions concernant le Délire qu'il rapporta ici à une explosion de libido homosexuelle.

Madame RUTH-MAC-BRUNSWICK qui traita par la suite "l'Homme aux loups" montra que l'épisode délirant qu'il fit après la guerre 14-18 fut déclenché par la maladie de FREUD. Celle-ci en exacerbant le dangereux amour passif du patient, augmentant la tentation de céder à la castration, porta l'hostilité au point où elle a besoin pour s'épancher d'un nouveau mécanisme ; et celui-ci se trouve dans la projection délirante". Ce dangereux amour passif du patient nécessite un remaniement d'une relation qui conduirait à l'anéantissement du sujet par l'objet. Ce pourquoi le délire est une réorganisation. "Ce que nous prenons pour la production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison" (FREUD). Cette fonction du délire, de reconstituer un monde qui soit viable, est encore souligné par NACHT et RACAMIER dans les termes suivants : "Là où était la peur apparaît donc le délire". Ces auteurs après avoir rejeté les explications purement sociogénétiques, dans un paragraphe concernant les facteurs précipitants de l'activité délirante reprochent néanmoins à certains analystes de négliger complètement l'existence et l'importance des faits réels dans la genèse des délires. Or ces faits entrent non seulement dans la composition du délire (comme le rêve la formation délirante se nourrit toujours à la fois de situations ou d'évènements réels et de nécessités inconscientes) mais encore dans sa création. Ils soulignent en effet que "les faits réels ne prennent de valeur que parce qu'ils tombent très exactement dans le faisceau de la peur projetée par le conflit que vit le malade". Ainsi "il existe une exacte résonance entre les conflits intérieurs et les faits extérieurs. Tout se passe alors comme si les faits venaient confirmer les craintes inconscientes et les désirs redoutés du malade. La réalité extérieure venant pour ainsi dire confirmer les fantasmes inconscients du sujet. Cette collusion du réel extérieur avec le fantasmatique explique et éclaire le facteur réactionnel qui joue un rôle important dans nombre d'évolutions psychotiques et délirantes. Le malade est assiégé sur deux fronts à la fois. Celui du réel et celui du

monde fantasmatique inconscient. Il ne lui est pas possible de s'appuyer sur l'un pour se défendre de l'autre puisqu'ils entrent en résonance. "Il ne lui reste qu'à entrer dans la voie du délire qui est celle de l'exorcisme".

Ce rappel succinct montre que les explications concernant la genèse des psychoses ne sont pas cependant satisfaisantes comparées au degré où est parvenue l'étude psychanalytique des névroses. Il apparaît toutefois qu'il ne peut s'agir dans les deux cas de circonstances étiopathogéniques aussi différentes de nature et aussi hétérogènes que le serait une conception psychogénétiste pour les névroses et une conception organogénétiste pour les psychoses. Ce sont en définitive les dispositions inconscientes qui font qu'au tournant de l'existence se présentera ou pas la maladie. Les régressions exigent pour se produire certaines circonstances qui ne sont pas pathogènes en soi et peuvent être anodines pour beaucoup.

Ces circonstances sont celles d'une étroite et secrète correspondance entre l'actuel et l'inconscient du sujet. Si ces circonstances ne sont pas toujours évidentes, les travaux de ces dernières années ont précisément attiré l'attention sur une catégorie pathologique constituée par une organisation prédisposante inconsciente: "Les personnalités prépsychotiques". Sachant que le préfixe indique davantage une menace qu'une fatalité, ce terme souligne l'organisation psychotique de la personnalité dont les principaux caractères ont été analysés par NACHT et RACAMIER".

"Il s'agit de sujets dont l'observation attentive permet de sentir et de prévoir qu'ils frôlent constamment la psychose. Sous des apparences cliniques variables mais toujours inquiétantes ce sont des malades qui ont la personnalité, le Moi et les défenses, mais n'ont pas encore les symptômes positifs et classiques des psychotiques. Il arrive que ces sujets échappent à tout jamais

au délire par l'effet d'une véritable acrobatie de l'adaptation. Mais il arrive aussi qu'ils soient conduits à la psychose franche et au délire, poussés bien souvent par des circonstances extérieures de diverses natures". Tous les traits du prépsychotique relèvent d'un défaut d'intégration du Moi et des relations objectales en tant que telles.

- C'est d'abord une "disposition" extrêmement intense à l'angoisse. Celle-ci peut prendre chez lui des proportions cataclysmiques et atteindre les degrés les plus graves de la dépersonnalisation. Pendant longtemps toutefois le sujet lutte contre cette angoisse néantissante à grand renfort de défenses. Ces défenses ont en commun d'hypothéquer lourdement ses relations avec autrui ainsi que l'activité conceptuelle.
- Une grande vulnérabilité aux blessures narcissiques. Celles-ci peuvent ruiner à tout moment une image de soi non structurée demeurée floue et fragmentaire.
- Un moi symbiotique - N'ayant jamais pu se différencier de l'objet originel. Le sujet reste à la merci d'un objet substitutif (objet d'élection) dont il attend qu'il soit infaillible dans la toute puissance et la bonté.
- La crainte du rapprochement avec autrui. N'ayant jamais pu dépasser le stade des relations préobjectales, le sujet ne peut éprouver le contact intime autrement que comme un engloutissement mutuel.
- La prévalence du mécanisme de l'identification projective qui unit dans une fusion indissoluble l'objet partiel constamment introjecté et projeté et le sujet lui-même morcelé et agressif. Si bien que l'objet ne pouvant être ni saisi, ni différencié, il ne perçoit du monde et de lui-même que des ombres dénuées de vérité et de présence immédiate.

- La recherche désespérée d'une image objectale. L'image de soi et de la réalité qu'il pressent s'étant toujours dérobée, il développe des pseudo-relations purement fantasmatiques, se déroulent en marge et en deçà de toute relation authentique du sujet à l'objet. Ainsi, toute la vie du sujet se déroule sur un fond d'irréalité essentielle, n'ayant pu effectuer cette intégration objectale qui permet à l'homme de devenir et d'être.
- Le développement d'organisations caractérielles, pour lutter contre le double danger de la perte de l'objet et de sa proximité.

Schizoïdie par laquelle le sujet se replie sur des relations imaginaires avec des objets hautement idéalisés et bonifiés au maximum.

Organisation obsessionnelle, pouvant imprimer plus tard au délire une marque et une structure particulière. A ce sujet, il n'est pas inutile de rappeler pour évident que ce soit qu'une structure névrotique de la personnalité, si elle témoigne d'une certaine fragilité pouvant faire craindre parfois l'effondrement des défenses, prémunit dans bien des cas, grâce à son aptitude à user des procédés défensifs bien organisés et préventifs, le sujet contre la surprise de l'irruption psychotique de l'inconscient.

Enfin, selon ROUART, c'est vraisemblablement par un approfondissement de l'étude de ces structures prépsychotiques, plus peut être que par celle des psychoses confirmées que l'on comprendra davantage ce qu'est la psychose, quelles défaillances dans le développement y prédisposent et quelles incidences actuelles en précipitent l'éclosion.

CONCLUSION

Au terme de cette étude on est tout naturellement amené à envisager ce que peut bien être la fonction seméiologique dans la démarche psychiatrique. Alors que le vaisseau nosographique fait eau de toute part il faut constater tout d'abord que si les avatars du pesant nosologisme hérités du siècle passé se soldent aujourd'hui par un certain discrédit, son intérêt demeure. Que nous le voulions ou non, en effet, le premier effort psychiatrique s'ordonne sur le plan seméiologique et commence par une référence à des données en provenance du vaste herbier seméiologique des livres. Le savoir psychiatrique a progressivement isolé des formes variées, expression et résultat de constellations étiopathogéniques diverses. De telle sorte que le délire entendu peut être identifié à telle ou telle espèce nosologique jadis ou naguère décrite. Il ne s'agit pas ici de se cantonner à un nosographisme statufiant, mais d'essayer de collecter un matériel de réflexion et de connaissance de grande valeur. Toutes les descriptions classiques évoquent un savoir sur le malade. La connaissance d'un certain nombre de formes pregnantes peut vous aider à codifier nos constatations, à porter un pronostic quant aux réactions, à reconnaître la valeur d'alarme de certains symptômes. Des exemples récents montrent assez le danger qu'il y a de négliger pareil savoir. Les divers éléments seméiologiques sont utiles afin d'édifier pour chaque malade un plan d'action, de relation et de conduite qui peut aller de l'observation raisonnée à diverses interventions.

Mais il existe un piège, "l'attitude de clinicoïde" comme l'a dénommée L. BONNAFE, véritable perversion d'une attitude clinique au départ nécessaire. Celle-ci consiste d'abord dans une dissection de "l'interrogatoire" cherche avant tout à mettre en valeur les symptômes classiques de la seméiologie psychiatrique sans égard pour une histoire ou une situation presque toujours dramatique. C'est ensuite une manipulation à partir de questions humiliantes insolites ou déconcertantes,

aboutissant à une violation de l'intimité du sujet, où l'astuce comme l'art du jeu du chat avec la souris remplacent les nécessités d'une compréhension véritable. C'est enfin une déformation. La suggestion transforme des réponses hésitantes en des réponses nécessairement gauchies et alignées sur le plan d'un savoir livresque. Pareille attitude conduit à une objectivation de la maladie mentale dans laquelle l'être vivant est transformé en objet ou chose désormais classable. Une telle conduite est directement héritière de celle adoptée par KRAEPELIN au siècle dernier. On sait que ce dernier, dans une perspective de sémiologie médicale neurologique, n'a recherché derrière les signes et les symptômes psychiatriques que des entités morbides. Se refusant à écouter le malade, il ira jusqu'à écrire : "L'ignorance de la langue du malade est en médecine mentale une excellente condition d'observation".

A travers les divers troubles psychiques, seuls ne doivent être retenus que les manifestations d'un processus morbide sous-jacent. Bien plus, c'est à un sujet déjà mort qu'il s'adresse, car seul l'état terminal l'intéresse. Ainsi, la psychiatrie Kraepélienne n'est qu'une construction fermée sur elle-même, ne pouvant fonctionner dans un espace clos que celui-ci s'appelle asile ou jardin botanique. Il lui manque, en effet, la démarche fondamentale apportée par FREUD qui découvre que les symptômes psychiatriques ont un sens. Ils ne sont pas tellement les signes d'une maladie que le message à interpréter d'un malade qui ne peut s'exprimer que par eux. D'où l'importance capitale de l'écoute de ce dernier, et l'implication du psychiatre dans la relation avec son malade, qui ne peut éviter de se sentir compromis dans l'aliénation de ce dernier. Mais les découvertes Freudiennes n'ont pas supprimé la nosologie classique. FREUD lui-même n'a pas hésité à créer une entité morbide nouvelle, la névrose obsessionnelle. Le psychiatre, même psychanalyste (bien que la

nosographie analytique des délires soit existante) a encore besoin d'utiliser des modèles nosologiques, ne serait-ce que pour préciser ses indications thérapeutiques. C'est pourquoi l'oeuvre de KRAEPELIN et de ses descendants restera longtemps le fondement du diagnostic en pathologie mentale. Une critique, aussi justifiée qu'elle soit, de cet "étiquetage" qui paraît encore indispensable à une certaine pratique psychiatrique, ne peut se permettre de l'ignorer ; ceci justifie la première partie purement théorique de notre travail (chapitre I, II et III).

Dans la seconde partie (chapitre IV), nous avons étudié cinquante et une observations de malades hospitalisées pendant une période de cinq ans. Certaines ont été relevées à partir des observations transcrites sur les dossiers. D'autres correspondent à des malades hospitalisées au cours de la dernière année. (Octobre 1969 - Octobre 1970) ou non encore sorties et sont le résultat d'une rencontre personnelle. Toutefois des raisons matérielles nous ont obligés de rédiger les observations de façon assez schématiques sur un modèle se rapprochant d'un certificat légal, afin que toutes puissent être rapportées

Dans une troisième partie (chapitre V) nous avons étudié les délires de ces malades sous deux aspects.

- En fonction des principaux thèmes délirants, révélant la prépondérance des thèmes de persécution et mégalomaniques, nous avons également retrouvé dans les mobiles de persécution et avec une grande fréquence des préoccupations ayant trait au logement dont elles craignaient de se trouver dépossédées.

- En fonction de critères pouvant entrer pour une part non négligeable dans l'apparition de ces délires
 - . l'âge et la majorité ont vu le délire se déclencher en période d'involution.
 - . la solitude, dénominateur commun, très fréquemment rencontrée, véritable illustration de l'adage "Plutôt délirer qu'être seul".
 - . la profession. Il s'agit presque toujours d'employées de maison. Après avoir rappelé l'influence de la sectorisation du service sur le XVIème arrondissement sur cette incidence particulière et l'hospitalisation "préférentielle" de cette catégorie sociale à l'Hôpital Psychiatrique nous avons repris le travail effectué par L. LE GUILLANT il y a quelques années à partir de constatations identiques sur les "Incidences psychopathologiques de la bonne à tout faire". Cette étude complétée par la nôtre illustre dans ses éléments essentiels les déterminations sociales des troubles mentaux. Non satisfait d'une explication purement sociogénétique, nous avons ensuite exposé quelques-unes des théories psychanalytiques sur ce difficile problème dépassant le cadre de notre sujet et pour lequel une explication simpliste ne saurait être retenue.
-

BIBLIOGRAPHIE

B I B L I O G R A P H I E

BALLET (G.)

- La psychose hallucinatoire chronique - Encéphale 1912.

BASTIDE (R)

- Sociologie des maladies mentales - Flammarion 1969 -
- Sociologie et Psychanalyse 1950.

BENARD (P)

- Evènements sociaux et psychiatrie.

BLEULER (E.)

- La Démence précoce ou groupe des schizophrénies -
- Traité d'Aschaffenburg (1911) - Traduction résumée par H. EY.

BLONDEL (C.)

- La conscience morbide. Alcan 1914.

BONNAFE, EY, FOLLIN, LACAN et ROUART -

- Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses - Desclée de Brouwer édit. Paris 1950.

CLAUDE (H.) et MONTASSUT (M.)

- Délimitation de la paranoïa légitime.

CLERAMBAULT G. (DE)

- Oeuvres psychiatriques. PUF édition Paris 1942 -
- 2 volumes - Délires passionnels - Erotomanie, revendication, jalousie - Bull. Soc. Clin. Méd. Ment. 1921.

DAUMEZON

- Discussions sur le problème du délire -
- Cercle d'étude psychiatrique 1968.

DESHAIES

- Conférence sur le délire - Cercle d'étude psychiatrique 1968.

DUPRE et LOGRE

- Les délires d'imagination - Congrès de Bruxelles - Liège 1910.

EY (H.)

- Etudes sur les délires - 1950
Psychopathologie des délires - Evolution Psychiatrique 1950.

EY (H.)

- Etudes psychiatriques - Desclée de Brouwer édit. Paris 1948.

EY (H.) - BERNARD (P.) et BRISSET Ch. Manuel de Psychiatrie
Masson édit. Paris 1965

EY (H.)

- la dissolution de la conscience dans le sommeil et le rêve et ses rapports avec la psychopathologie. Esquisse d'une théorie de la relativité généralisée de la désorganisation de l'être conscient et des diverses maladies mentales - Evolution psychiatrique Janvier 1970.

EY (H.) et PUJOL

- Groupe des délires chroniques EMC psychiatrie (1955).

EY (H.)

- Rapport des schizophrénies et des délires chroniques EMC psychiatrie (1955).

FOLLIN (S.)

- Les états oniroïdes (C.R. du Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française, Masson 1964.

FOUCAULT (M.)

- Histoire de la Folie à l'âge classique Plon 1961.

FREUD (S.)

- Malaise dans la civilisation - Puf 1970
- Cinq Psychanalyses Puf 1967
- Totem et Tabou Payot 1968

GENIL PERRIN

- Les Paranoïaques - Maloine 1936.

GUIRAUD

- Pathogénie et étiologie des délires - Rapport au premier congré mondial de psychiatrie - 1950.

JASPERS (K.)

- Psycho-pathologie générale - Alcan 1928.

KRAEPELIN

- Traité de Psychiatrie 1915.

KRETSCHMER (E.)

- Paranoïa et sensibilité Puf 1963.

LACAN (J.)

- De la psychose paranoïque dans ses rapports avec la personnalité - Thèse Paris 1932.

LANTERI-LAURA (G.)

- La Psychiatrie phénoménologique 1963
- Les délires chroniques de l'adulte - EMC 1966.

LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.)

- Vocabulaire de psychanalyse - Puf 1967.

LE GUILLANT (L.)

- Introduction à une psychopathologie sociale -
In Evolution psychiatrique 1954.

LE GUILLANT (L.)

- Incidences psychopathologiques de la condition de
"bonne à tout faire" - Evolution psychiatrique 1963.

LE GUILLANT (L.), BONNAFE (L.) et MIGNOT (H.M.)

- Le problème posé par la chronicité sur le plan des
institutions psychiatriques - Congrès de psychiatrie
et de neurologie de langue française - Marseille 1964.

MOREAU de TOUR

- Du haschich et de l'aliénation mentale. D'après ANALECTES

NACHT (S.) et RACAMIER (P.C.)

- Théorie psychanalytique du délire (XXème congrès de
psychanalyse de langue Romane) Rev. Fr. de Psychanalyse
1958.

ROELENIS (R.) - Introduction à la Psychopathologie - Larousse 1969.

* *

*

T A B L E D E S M A T I E R E S

<u>INTRODUCTION</u>	page 1
 <u>CHAPITRE I</u>	page 4
: RAPPEL HISTORIQUE SUR LES DÉLIRES CHRONIQUES	
 <u>CHAPITRE II</u>	page 15
: GÉNÉRALITÉS SUR LA NOTION DE DÉLIRE	
- Le délire du Phénoménologue - Le délire du Clinicien - Le délire du psychanalyste	
 <u>CHAPITRE III</u>	page 34
LES DIFFÉRENTES CONCEPTIONS SUR LES DÉLIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRÉNIQUES	
1) - <u>LES PSYCHOSES PARANOÏAQUES (35)</u>	
- A - Conceptions de la Psychiatrie classique - A - <i>Conceptions développant l'aspect psychogénique</i> 1 Conception de Kraepelin 2 L'école Française (Sérieux - Capgras et G. de Clérambault) 3 L'étude allemande des facteurs réactionnels (Conception de Bleuler et de Kretschmer) - B - <i>Conceptions développant l'aspect organiciste</i> 1 Paranoïa et psychose maniaco-dépressive 2 Paranoïa et schizophrénie 3 Paranoïa et intoxication 4 la théorie de Jaspers - B - Les Conceptions Psychanalytiques 1 FREUD et la fixation dans la Paranoïa 2 ABRAHAM et la régression au stade sadique anal 3 La paranoïa d'auto-punition de LACAN	
2) - <u>LES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES (61)</u>	
1 - La conception de Gilbert BALLET 2 - L'apport de De CLERAMBAULT 3 - La contre réaction:	

3) - PARAPHRÉNIES - DÉLIRES D'IMAGINATION - DÉLIRES
FANTASTIQUES (p 70)

Les Paraphrénies de KRAEPELIN

Les Délires d'Imagination de DUPRE et LOGRE

Les Délires Fantastiques de H. EY

CHAPITRE IV page 74

LES OBSERVATIONS

A - Les Psychoses paranoïaques (p75)

1 - *Délires de revendication*

2 - *Délires érotomaniaques*

3 - *Délires d'Interprétation*

4 - *Paranoïa sensitives*

5 - *Paranoïa d'Involution*

B - Les psychoses Hallucinatoires Chroniques (p 86)

C - Les Délires d'Imagination (p 100)

CHAPITRE V page 103

COMMENTAIRES

1 - Inventaire des différentes variétés de Délires chroniques
non Schizophréniques. (p 104)

2 - Etude des principaux thèmes délirants (p 106)

3 - Age et Délire. (p 116)

4 - Solitude et Délire. (p 117)

5 - Répartition des Délires en fonction de la profession. (p 120)

CONCLUSION page 139

BIBLIOGRAPHIE page 144

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de PARIS :

M. Robert MALLET.

VU
*Le Doyen de la Faculté de Médecine
de CRÉTEIL*

M. RAPIN

VU
Le Président de Thèse ,

M. BOURGUIGNON

